

(Назив подносиоца Захтјева)

Мјесто:
Датум:
Број:

ЗАХТЈЕВ
за обављање здравственог прегледа

Упућује се (презиме, име оца, име), рођен/-а у
ЈМБ: , завршеном школом и степеном стручне спреме, на здравствени преглед ради:
– пријема на рад у, на радно мјесто,
– распоређивања на рад у, на радно мјесто,
– периодичног, односно редовног прегледа запосленог у, на радном мјесту,
– ванредног/надзорног прегледа запосленог у, на радном мјесту,
– по основу

Прилог: медицинска документација

М. П.

(Потпис подносиоца Захтјева)

ПРИЛОГ 2.**ИЗЈАВА**

Ја, доље потписани/-а, под материјалном и кривичном одговорношћу, потврђујем да је моја наведена лична изјава истинита и сагласан/-на сам да се сва моја медицинска документација која се налази код мог доктора медицине – специјалисте породичне медицине, као и других доктора медицине или у другим здравственим установама, на тражење достави на захтјев здравствене установе у области медицине рада и спорта.

ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМ

| | ДА | НЕ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Проблеми са очима или видом | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Проблеми са слухом | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Проблеми одржавања равнотеже | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Повишен крвни притисак | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Болести срца и крвних судова | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Астма или хронични бронхитис | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Болести крви | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Дијабетес | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Болести шtitne жlijezde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Болести пробавног система | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Болести бубрега или крв у урину | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Кожне болести | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Алергије | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Тумори | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Операције | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Мигрене / учестале и јаке главобоље | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Губитак свијести из било којег разлога | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Вртоглавице или омаглице | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Неуролошки поремећаји / моздани удар / друго | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Болести мишићно-коштаног система које захтијевају употребу лијекова | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Повреда главе / друге повреде | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Сметње у менталном здрављу | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Покушај самоубиства | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Поремећаји памћења | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Проблеми са спавањем | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Злоупотреба алкохола / дрога / лијекова | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Пријем у болницу | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ако је одговор на неко од питања био "ДА", уписати детаље (ако нема довољно простора, податке написати на посебан лист папира, по потреби приложити здравствену и другу документацију).

ДОДАТНА ПИТАЊА:

1. Да ли сте икада лијечени у болници?
2. Да ли сте икада проглашени здравствено неспособним?
3. Да ли сте икада упућени на ванредни здравствени преглед?
4. Да ли тренутно или повремено користите лијекове?

Ако је одговор “ДА”, наведите које лијекове, дијагнозу и дозу:

.....

5. Да ли је неко у вашој породици боловао или је лијечен од:

- Дијабетеса,
- Сметњи у менталном здрављу,
- Других болести.

Регистрован/-а сам у тиму породичне медицине

Име и презиме доктора медицине – специјалисте породичне медицине

.....
(Име, име оца и презиме)

У Бањој Луци,

ЈМБ:

Број ЛК:

ПРИЛОГ 5.

ПРЕГЛЕД БОЛЕСТИ И СТАЊА КОЈЕ ПРЕДСТАВЉАЈУ КОНТРАИНДИКАЦИЈУ ЗА ОБАВЉАЊЕ ПОСЛОВА ВАТРОГАСЦА-СПАСИОЦА

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| СИСТЕМ ЗА ДИ- САЊЕ / ЗАРАЗНЕ И ПАРАЗИТАРНЕ БО- ЛЕСТИ | 1. Туберкулоза | | | | | | | |
| | а) активна ТБЦ свих локализација, пребољела ТБЦ са трајним посљедицама | - | - | - | - | - | - | - |
| | б) пребољела ТБЦ без трајних посљедица | - | - | - | - | + | + | + |
| | 2. Вирусни хепатитис | | | | | | | |
| | а) активни хепатитис, пребољели хепатитис са трајним посљедицама | - | - | - | - | - | - | - |
| | б) пребољели хепатитис тип Б без трајних посљедица | - | - | - | - | + | + | + |
| | в) пребољели хепатитис тип Ц без трајних посљедица | - | - | - | - | + | + | + |
| | 3. ХИВ позитивна особа и/или особа оболјела од AIDS-а | - | - | - | - | - | - | - |
| | 4. Остале болести изазване бактеријама, вирусима, гљивицама, протозоама, паразитима и осталим узрочницима из групе заразних болести које оштећују функцију, као и кликоноштво | - | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ТУМОРИ | 1. Малигни | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 2. Малигни ин ситу | - | - | - | - | + | + | + | + |
| | 3. Доброћудни тумори | | | | | | | | |
| | а) који својом величином и локализацијом не оштећују функцију | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | б) који својом величином и локализацијом оштећују функцију | - | - | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| ЕНДОКРИНЕ БОЛЕСТИ, БОЛЕСТИ ПРЕХРАНЕ И МЕТАБОЛИЗМА | 1. Болести штитне жлијезде | | | | | | | |
| | а) које захтијевају лијечење и/или утичу на функцију | - | - | - | - | - | - | - |
| | б) које не захтијевају лијечење и/или не утичу на функцију | + | + | + | + | + | + | + |
| | 2. Дијабетес и интолеранција глукозе | | | | | | | |
| | а) која захтијева лијечење, са или без компликација | - | - | - | - | - | - | - |
| | б) блага, без потребе лијечења, без компликација | - | - | - | + | + | + | + |
| | 3. Остале болести ендокриних жлијезда, прехране и метаболизма које оштећују функцију (нпр. дисфункција хипофизе, надбубрежних жлијезда, полних жлијезда и сл.) | - | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| БОЛЕСТИ УРОГЕНИТАЛНОГ СИСТЕМА | 1. Све урођене или стечене неправилности уринарног система без поремећаја функције | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 2. Све хроничне упале урогениталног система | - | - | - | + | + | + | + | + |
| | 3. Уролитијаза | - | - | + | + | + | + | + | + |
| | 4. Ендометриоза, менометрорагија | - | - | - | - | + | + | + | + |
| | 5. Хроничне упале дојке, мастопатија са сметњама | - | - | - | - | + | + | + | + |
| | 6. Остале болести, стања или неправилности урогениталног система које оштећују функцију | - | - | - | - | - | - | - | - |
| ОСТАЛЕ БОЛЕСТИ И СТАЊА | 1. Све урођене малформације, деформитети, хромосомске аберације које узрокују функционална или значајна естетска оштећења | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 2. Невољни покрети, тикови, тремор | - | - | - | - | + | + | + | + |
| | 3. Поремећаји мириза, окуса, поремећаји сензибилитета коже | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 4. Поремећаји говора и гласа | - | - | - | - | + | + | + | + |
| | 5. Посљедице повреда, тровања или других вањских узрока које оштећују функцију | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 6. Намјерно самоповређивање или тровање или покушај суицида | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 7. Абнормални налази код крвних претрага, без дијагнозе | - | - | - | - | - | - | - | - |

Легенда:

+ означава могућност за обављање послова ватрогасца

- означава контраиндикацију за обављање послова ватрогасца

А – означава категорију професионалног ватрогасца-спасиоца

Б – означава категорију старјешине професионалне ватрогасно-спасилачке јединице и замјеника старјешине професионалне ватрогасно-спасилачке јединице.