„**PRILOG 1**

_____
(Zdravstvena ustanova u kojoj se utvrđuje zdravstvena sposobnost pomoraca)
Broj: _____
Datum (dan/mjesec/godina): _____
Vrsta zdravstvenog pregleda: prethodni, periodični, kontrolni, vanredni
_____

Po zdravstvenom pregledu, izvršenom u skladu sa Pravilnikom o bližim uslovima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti pomoraca, kao i u skladu sa Međunarodnom konvencijom o standardima za obuku, izdavanju uverenja i vršenja brodske straže pomoraca iz 1978 (STCW Konvencija) i Međunarodnom konvencijom o radu pomoraca iz 2006 (MLC Konvencija), izdaje se:

UVJERENJE
o zdravstvenoj sposobnosti pomorca

Ime, prezime, ime oca/majke: _____ JMB: _____
Pol: □ muški □ ženski; Državljanstvo: _____ Datum rođenja: _____
Mjesto i država rođenja: _____ Adresa stanovanja:_____

Pomorsko zvanje, radno mjesto:
_____
Identitet lica utvrđen je na osnovu: lične karte, pomorske knjižice, pasoša (navesti

ispravu): _____, broj isprave: _____, izdate u: _____.

IZJAVA OVLAŠĆENOG DOKTORA			
Potvrđujem da je identifikacijski dokument provjeren na mjestu pregleda	DA	NE	
Sluh je u skladu sa standardima STCW Kodeksa, odjeljak A-I/9	DA	NE	
Sluh bez pomagala: zadovoljavajući	DA	NE	
Vidna oštrina je u skladu sa standardima STCW Kodeksa, odjeljak A- I/9	DA	NE	
Kolorni vid je u skladu sa standardima STCW Kodeksa, odjeljak A- I/9	DA	NE	
Sposoban za osmatračke nadležnosti	DA	NE	

Datum zadnjeg testa kolornog vida (dan, mjesec, godina) _____/_____/_____

Na osnovu lične izjave pregledanog lica, kliničkog pregleda, psihološke obrade i rezultata funkcionalnih i laboratorijskih pregleda, lice-pomorac je:

□ Sposoban za službu na brodu	□ Nesposoban za službu na brodu	
□ na palubi	□ privremeno	□ trajno
□ u mašinskom prostoru	□ na palubi	
□ u ostalim službama	□ u mašinskom prostoru	
□ bez ograničenja	□ u ostalim službama	
□ s ograničenjem: _____ član i tačka _____ Pravilnika o bližim uslovima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti pomoraca. Šifra bolesti prema MKB: _____		
□ ocjena zdravstvene sposobnosti nije data zbog: _____		
□ ostale napomene: _____		

Da li pomorac ima zdravstveno stanje koje bi se moglo pogoršati službom na moru ili bi ga moglo učiniti neodgovarajućim za takvu službu ili ugroziti zdravlje drugih na brodu?	DA	NE

Mjesto:_____ Datum izdavanja (dan/mjesec/godina): ___/___/_____ Datum isteka važenja uvjerenja (dan/mjesec/godina): ____/____/_____

Potvrđujem da sam upoznat sa sadržajem svog kartona zdravstvenog pregleda i da imam		

pravo ponovnog pregleda u skladu sa stavom 6 Dio A-I/9 STCW Kodeksa: _____ (potpis lica u prisustvu specijaliste medicine rada)		_____ (potpis i faksimil specijaliste medicine rada)

M. P.

ANNEX 1

_____
(Medical institution where is identified
medical fitness of seafarers)
Number: _____
Date (day/month/year): _____
Type of medical examination: previous, periodical, control, special
_____

After medical examination, performed in line with Rulebook on detailed conditions for determination of medical fitness of seafarers, and in line with International Convention on Standards of Training, Certification and Watchkeeping for Seafarers from 1978 (STCW Convention) and Maritime Labour Convention from 2006 (MLC Convention), is issued:

CERTIFICATE
on medical fitness of seafarer

Name (first,last,middle): _____ UIN:
_____
Sex: □ Male □ Female; Nationality: _____ Date of birth:
_____
place and State of birth: _____
address:_____

Maritime profession, workplace:
_____
Identity of person is determined on the basis of: Identity card, Seaman's book, Passport (specify document): _____, number of document: _____, issued at: _____.

DECLARATION OF THE RECOGNIZED PHYSICION			
I confirm that identification document were checked at the point of examination	YES	NO	
Hearing meets the standards in STCW Code, section A- I/9	YES	NO	
Unaided hearing: satisfactory	YES	NO	
Visual acuity meets standards in STCW Code, section A- I/9	YES	NO	
Color vision meets standards in STCW Code, section A- I/9	YES	NO	
Fit for lookout duties	YES	NO	

Date of last color vision test (day/month/year) _____/_____/_____

On the basis of personal declaration of examinee, clinical examination, psychological

treatment and results of functional and laboratory examination, examinee-seafarer:

□ Fit for service on board	□ Unfit for service on board	
□ deck	□ temporarily	□ permanently
□ engine	□ deck	
□ in other departments	□ engine	
□ without limitations	□ in other departments	
□ with limitations: _____ article and item _____ Rulebook on detailed conditions for determination of medical fitness of seafarers. Code of diseanse according to ICD: _____		
□ assessment of medical fitness is not given due to: _____		
□ other comments: _____		

Is the seafarer has any medical conditions that could aggravated while they serving at sea, and while doing this if they can be defined as not propriate for performing this service, in case of that, could their health endangered health of other people that work on boat?	YES	NO

Place:_____ date of issuing (day/month/year): ___/___/_____
Expiry date of the certificate (day/month/year): ____/____/_____

Confirming that the seafarer has been informed of the content of the certificate and of the right to a review in accordance with paragraph 6 of Section A-I/9 STCW Code: _____ (Signature of examinee in presence of occupational medicine specialist)		_____ (Signature and facsimile of occupational medicine specialist)

STAMP “