

_____	_____
(правно лице)	(матични број из јединственог регистра)
_____	_____
(адреса)	(шифра дјелатности)
_____	_____
(датум)	(број упутнице)

УПУТНИЦА ЗА ПРЕТХОДНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПРЕГЛЕД

Упућује се на ПРЕТХОДНИ преглед _____
(име, име оца и презиме)

рођен/а _____ године у _____
(мјесто и општина рођења)

По занимању _____, који/а треба радити на радном мјесту _____, ради оцјене здравствене способности за обављање радних задатака са изворима јонизујућег зрачења.

Кратак опис радних задатака: _____

Процијењени ризици на радном мјесту и у радној средини: _____

Опасности и штетности са измјереним вриједностима: _____

Лице одговорно за заштиту
од јонизујућег зрачења

(М. П.)

Директор

УПУТНИЦА ЗА ПЕРИОДИЧНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПРЕГЛЕД

Упућује се на ПЕРИОДИЧНИ преглед _____
(име, име оца и презиме)

рођен/а _____ године у _____
(мјесто и општина рођења)

По занимању _____, који/а треба радити на радном мјесту
_____, ради оцјене здравствене способности за
обављање радних задатака са изворима јонизујућег зрачења.

Кратак опис радних задатака: _____

Процијењени ризици на радном мјесту и у радној средини: _____

Опасности и штетности са измјереним вриједностима: _____

Лице одговорно за заштиту
од јонизујућег зрачења

(М. П.)

Директор

_____	_____
(ауторизована здравствена установа)	(датум прегледа)
_____	_____
(број ауторизације)	(број здравственог протокола)
_____	_____
(мјесто)	(број здравственог картона)

ИЗВЈЕШТАЈ О ИЗВРШЕНОМ ПРЕТХОДНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ПРЕГЛЕДУ

На основу упутнице за претходни здравствени преглед број _____, од _____
године, извршен је преглед _____
(име, име оца и презиме)
рођен/а _____ године, по занимању _____,
који/а ће радити на радном мјесту _____
(назив радног мјеста)

Здравствени преглед извршен у складу са Правилником о здравственом надзору лица професионално изложених јонизујућем зрачењу.

На основу налаза претходног прегледа и услова радног мјеста професионално изложеног лица категорије А доноси се:

ОЦЕНА ЗДРАВСТВЕНЕ СПОСОБНОСТИ

СПОСОБАН/А

СПОСОБАН/А под сљедећим условом (условима) и препоруком са образложењем:

НЕСПОСОБАН/А, са образложењем:

Оцјену дао:

(М. П)

Директор

(др. медицине, специјалиста медицине рада)

(ауторизована здравствена установа)

(датум прегледа)

(број ауторизације)

(број здравственог протокола)

(мјесто)

(број здравственог картона)

ИЗВЈЕШТАЈ О ИЗВРШЕНОМ ПЕРИОДИЧНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ПРЕГЛЕДУ

На основу упутнице за претходни здравствени преглед број _____, од _____ године, извршен је

преглед _____
(име, име оца и презиме)

рођен/а _____ године, по занимању _____,

који/а ће радити на радном мјесту _____

(назив радног мјеста и институције)

Здравствени преглед извршен у складу са Правилником о здравственом надзору лица професионално изложених јонизујућем зрачењу.

На основу налаза периодичног здравственог прегледа и услова радног мјеста професионално изложеног лица категорије А доноси се:

ОЦЕНА ЗДРАВСТВЕНЕ СПОСОБНОСТИ

СПОСОБАН/А

СПОСОБАН/А под сљедећим условом (условима) и препоруком са образложењем:

НЕСПОСОБАН/А, са образложењем:

Оцјену дао:

(М. П)

Директор

(др. медицине, специјалиста медицине рада)

_____	_____
(правно лице)	(матични број из јединственог регистра)
_____	_____
(адреса)	(шифра дјелатности)
_____	_____
(датум)	(број упутнице)

УПУТНИЦА ЗА ВАНРЕДНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПРЕГЛЕД

Упућује се на ВАНРЕДНИ преглед _____
(име, име оца и презиме)

рођен/а _____ године у _____
(мјесто и општина рођења)

По занимању _____, који/а ради на радном мјесту _____
_____, ради оцјене здравствене

способности за обављање послова рада са изворима јонизујућег зрачења професионално изложених лица категорије А.

Акцидент на радном мјесту: _____

Сумња или прекорачење граница доза или контаминација тијела, инхалација или ингестија радионуклида:

Опасности и штетности са измјереним вриједностима:

Лице одговорно за заштиту
од јонизујућег зрачења

(М. П.)

Директор
