

Naziv in sedež delodajalca ALMA MATER EUROPAEA EVROPSKI CENTER, Slovenska 17, 2000 Maribor

Davčna številka 6 2 4 2 4 9 6 3

Gospodarska dejavnost

8 0 3 0 1  
(koda)

## Napotnica za predhodni preventivni zdravstveni pregled

....., kraj rojstva .....

EMŠO

Naslov ..... (kraj, ulica, številka, naziv pošte) ..... (poštna številka)

Izobrazba .....<sup>2</sup>, poklic priprava na poklic dipl. fizio. 3 2 2 6 0 1<sup>3</sup>  
(stopnja od 1-9) (standardna klasifikacija poklicev) (koda)

Na predhodni preventivni zdravstveni pregled ga-jo pošiljamo: (ustrezno obkrožite)

- pred vpisom na visokošolski študijski program 1. stopnje Fizioterapija
- po prenehanju opravljanja določenega dela na določenem delovnem mestu za več kot 12 mesecev.

Imenovani(a) se bo zaposli(a) na delovnem mestu Študent/ka fizioterapije 3 2 2 6<sup>4</sup>  
(koda)

Izjava o varnosti z oceno tveganja za navedeno delovno mesto je bila opravljena dne: .....  
D D M M L L

### Pomembni podatki iz ocene tveganja so:

Kratek opis delovnega procesa (priprava dela, dominantna dela in naloge, tedenski delovni čas – v urah, delo v izmenah):

- prisotnost na predavanjih, seminarskih in laboratorijskih vajah
- izvajanje / prisotnost na kliničnih vajah v učnih bazah AMEU ECM
- uporaba dokumentacije in računalnika ter drugih informacijskih sistemov
- uporaba tehnologij, dvigovanje težkih bremen

Delovna oprema (orodja, inštrumenti, naprave itd.):

sodobna oprema - tehnologija v učnih bazah pri izvajanju fizioterapije ter pri teo. delu štud. programa

Predmeti dela (surovine, polizdelki, izdelki, informacije itd.):

vsí predmeti potrebni za izvajanje študija fizioterapije

Izpostavljenost tveganjem (navesti kritične dejavnike tveganja, zahteve, obremenitve in škodljivosti pri delu):

ob vpisu v 1. letnik je študent/ka seznanjen/a s potrebo po cepljenju. Študent/ka sama opravi cepljenje in prinese na AMEU ECM potrdilo osebnega zdravnika na predpisanem obrazcu.

Po zadnji oceni tveganja so bili izvedeni naslednji ukrepi na področju tehničnega varstva in humanizacije dela:

Osebna varovalna oprema:

delovna obleka, čevlji

Posebne zdravstvene zahteve, ki jih mora izpolnjevati delavec:

primernost za opravljanje poklica diplomiranega fizioterapevza oz. diplomirane fizioterapevke

Delovno mesto je neustrezno za:

Pripombe delodajalca: samoplačnik/ca

Maribor

(kraj)

....., dne .....  
D D M M L L

žig

predsednik,

prof. dr. Ludvik Toplak

(vpis delodajalca)

OPOMBA: Delodajalec pošlje delavca na predhodni preventivni zdravstveni pregled z napotnico, ki jo izpolni na predpisanem obrazcu v dveh izvodih, od katerih dobi vrnjen en izvod delodajalec z izpolnjeno oceno delovne zmožnosti, en izvod zadrži pooblaščen zdravnik.

POJASNILA: 1 NACE klasifikacija (Standardna klasifikacija dejavnosti, Ur. I. RS, št. 2/02)

2 Stopnja izobrazbe od 1 – 9 (Družbeni dogovor o temeljih za klasifikacijo poklicev in strokovne izobrazbe, Ur. I. SFRJ, št. 29/80)

3 Standardna klasifikacija poklicev (Ur. I. RS, št. 28/97)

4 Koda, ki jo za delovno mesto uporablja delodajalec

Naziv in sedež izvajalca zdravstvenega varstva delavcev .....

Št. zdravniškega spričevala .....

## Zdravniško spričevalo

**z oceno izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev  
po opravljenem predhodnem preventivnem zdravstvenem pregledu**

....., rojen(a) 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

,  
(priimek, deklinški priimek in ime)

ki bo opravljal(a) delo ..... je bil(a) na pregledu dne 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

.  
(naziv delovnega mesta) (koda)

1. Izpolnjuje posebne zdravstvene zahteve za navedeno delovno mesto: .....

2. Izpolnjuje posebne zdravstvene zahteve za navedeno delovno mesto z naslednjimi omejitvami: .....

3. Začasno ne izpolnjuje posebnih zdravstvenih zahtev za navedeno delovno mesto: .....

4. Trajno ne izpolnjuje posebnih zdravstvenih zahtev za navedeno delovno mesto: .....

5. Predlagano drugo delo (opredeliti delo in eventualne omejitve): .....

6. Ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za navedeno delovno mesto ne moremo podati, ker:

- 6.1. ni izjave o varnosti z oceno tveganja (zdravstvene ogroženosti delovnega mesta),
- 6.2. ni opravljen(a) vseh pregledov in preiskav,
- 6.3. ni končano zdravljenje,
- 6.4. ni končana rehabilitacija.

Predlagani ukrepi na področju varnosti in zdravja pri delu: .....

..... dne 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 žig .....  
(kraj) (žig in podpis pooblaščenega zdravnika)

