

_____	_____
(служба медицине рада)	(датум прегледа)
_____	_____
(седиште)	(број амбулантног протокола)

	(број здравственог картона)

**ИЗВЕШТАЈ О ИЗВРШЕНОМ ПЕРИОДИЧНОМ
ЛЕКАРСКОМ ПРЕГЛЕДУ ЗАПОСЛЕНОГ**

На основу упута за периодични/контролни преглед број _____ од _____ године, извршен је преглед _____, _____,
(име, очево име и презиме) (ЈМБГ)
рођен(а) _____ године, по занимању _____,
(назив занимања)
који(а) ради на радном месту _____.
(назив радног места)

На основу извршених прегледа у складу са Правилником о претходним и периодичним лекарским прегледима запослених, даје се

ОЦЕНА

Да је _____
(име и презиме)
здравствено способан(а), способан(а) са ограничењем _____.
није способан(а) за рад на радном месту _____,
(назив радног места)

Контролни преглед:

1. Да (унети рок за контролни преглед) _____.
2. Не

Место и датум	(М.П.)	Оцену дао
_____		_____
		(име и презиме специјалисте медицине рада)