

Spoštovani kolega, spoštovana kolegica,

po 13. členu Pravilnika o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Ur. list RS 87/2002) in 33. čl. ZVZD-1( Ur. l. RS, št. 43/2011) ima izvajalec medicine dela po predhodnem soglasju delavca pravico do vpogleda v njegovo zdravstveno dokumentacijo zaradi ocene izpolnjevanja posebnih zahtev za določeno delovno mesto. V kolikor nam zdravstvene dokumentacije svoje pacientke/ svojega pacienta ne morete oz. ne želite posredovati, vas prosimo, da izpolnite spodnji vprašalnik.

**IME in PRIIMEK:** \_\_\_\_\_, **ROJEN/A:** \_\_\_\_\_

**NASLOV:** \_\_\_\_\_

**1. KRONIČNE BOLEZNI:**

<b>Katere:</b> _____
<b>Trajanje:</b> _____
<b>Terapija:</b> _____
<b>Invalidnost:</b> _____ (kategorija, datum priznanja)

**2. TEŽJE POŠKODBE:**

<b>Vrsta:</b> _____	<b>Vrsta:</b> _____
<b>Datum:</b> _____	<b>Datum:</b> _____
<b>Obravnava:</b> _____	<b>Obravnava:</b> _____

**3. HOSPITALIZACIJE:**

<b>Vzrok:</b> _____	<b>Vzrok:</b> _____
<b>Ustanova:</b> _____	<b>Ustanova:</b> _____
<b>Datum:</b> _____	<b>Datum:</b> _____

**4. ALERGIJE:** \_\_\_\_\_

**5. BOLEZNI /OBRAVNAVE V ZADNJEM LETU:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. OPOMBE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Podpis in stampiljka izbranega zdravnika:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_