

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 1¹
(koda)

Napotnica za predhodni preventivni zdravstveni pregled

....., kraj rojstva,
(priimek, deklinški priimek in ime)

EMŠO

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

Izobrazba², poklic priprava na poklic dipl. fizio. 3 2 2 6 0 1³
(stopnja od 1-9) (standardna klasifikacija poklicev) (koda)

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

1. pred vpisom na visokošolski študijski program 1. stopnje Fizioterapija
2. 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 6⁴
(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

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

(podpis 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 opravil(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)

