

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

	(број здравственог картона)

**ИЗВЕШТАЈ О ИЗВРШЕНОМ ПРЕТХОДНОМ
ЛЕКАРСКОМ ПРЕГЛЕДУ ЗАПОСЛЕНОГ**

На основу упута за претходни 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 на радном месту са повећаним ризиком, даје се

ОЦЕНА

Да је _____ здравствено способан(а)-није способан(а) за рад _____ (име и презиме) на радном месту _____, односно да код именованог(е) _____ (назив радног места)

НЕ ПОСТОЈЕ-ПОСТОЈЕ патолошка стања, која не представљају-представљају контраиндикацију за рад.

_____	Оцену дао _____
(место)	(име и презиме специјалисте медицине рада)

(датум)	(М.П.)