

Töötervishoiuteenuse osutaja nimi: **OÜ MARAMAA KLIINIK**

Aadress: **Maramaa pst 5 Viljandi**

Telefon: **43 47 631**

E-mail: info@maramaakliinik.ee

# TERVISEKONTROLLI KAART

## I Üldandmed

Eesnimi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Perekonnanimi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Isikukood \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Elukoht \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ametikoht \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tööandja nimi, aadress \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tervisekontrolli aluseks olev põhiline ohutegur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kaasnevad ohutegurid \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Töölaad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Varasemad Tööandjad:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tööandja nimi | Ametikoht | Töösuhte algus ja lõpp | Tööga kaasnevad ohutegurid |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

### II Töötaja tervisedeklaratsioon

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kas põete või olete põdenud järgmisi haigusi:** | **EI** | **JAH** | TÄPSUSTUS |
| - kopsuhaigused |  |  |  |
| - tuberkuloos |  |  |  |
| - südame-vereringehaigused |  |  |  |
| - kõrgenenud vererõhk |  |  |  |
| - allergilised haigused |  |  |  |
| - mao-sooletrakti haigused, sh haavandtõbi, sapikivitõbi |  |  |  |
| - neeru-kuseteedehaigused |  |  |  |
| - suhkruhaigus |  |  |  |
| - liigeste põletikud |  |  |  |
| - närvipõletikud |  |  |  |
| - luumurrud ja muud vigastused |  |  |  |
| - teadvuse kaotuse hood, langetõbi, krambid |  |  |  |
| - psüühikahäired |  |  |  |
| - kõrvahaigused |  |  |  |
| - krooniline nohu, otsmiku- või põskkoopapõletik |  |  |  |
| - silmahaigused |  |  |  |
| - muud haigused |  |  |  |
| Kas tarvitate regulaarselt ravimeid? |  |  |  |
| Kas olete viimase aasta jooksul olnud haige või töövõimetuslehel? |  |  |  |
| Kas Teil esineb tervisehäireid, mida seostate oma tööülesannete täitmise või töökeskkonnaga? |  |  |  |
| Kas Teile on varem tervisekontrolli põhjal määratud tööpiiranguid? |  |  |  |

Palume tervisekontrolli tulles kaasa võtta isikut tõendav dokument ning alaliselt või ajutiselt kasutatavad abivahendid (prillid, kontaktläätsed, kuulmisaparaat, jms).

**Teie perearst on: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Kinnitan andmete õigsust: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kuupäev: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /töötaja allkiri/