

Töötervishoiuteenuse osutaja nimi: **OÜ MARAMAA KLIINIK**

Aadress: **Ringtee 25, Tartu 50105**

Telefon / e-mail: **43 47 631 /** info@maramaakliinik.ee

# КАРТА КОНТРОЛЯ ЗДОРОВЬЯ

## I Общие данные

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Личный код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя/наименование работодателя, адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основной фактор опасности, лежащий в основе контроля здоровья\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие факторы опасности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Характер работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прежние Работодатели:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Имя/наименование Работодателя | Должностное место | Начало и конец трудовых отношений | Факторы опасности, сопутствующие труд |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

### II Декларация здоровья работника

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Болеете ли, или были Вами перенесены следующие болезни:** | **НЕТ** | **ДА** | УТОЧНЕНИЕ |
| - лёгочные болезни |  |  |  |
| - туберкулёз |  |  |  |
| - сердечно-сосудистые заболевания |  |  |  |
| - повышенное кровяное давление |  |  |  |
| - аллергические болезни |  |  |  |
| - желудочно-кишечные заболевания, в том числе язвенные и желчно-каменные болезни |  |  |  |
| - болезни почек и мочевыводящих путей |  |  |  |
| - диабет |  |  |  |
| - воспаления суставов |  |  |  |
| - воспаления нервов |  |  |  |
| - перелом костей и прочие травмы |  |  |  |
| - приступы потери сознания, эпилепсия, судороги |  |  |  |
| - психические нарушения |  |  |  |
| - ушные болезни |  |  |  |
| - хронический насморк, воспаление лобной части или гайморовой полости |  |  |  |
| - глазные болезни |  |  |  |
| - прочие болезни |  |  |  |
| Принимаете ли регулярно лекарства? |  |  |  |
| Были ли Вы в течение последнего года больны или находились на листе по нетрудоспособности? |  |  |  |
| Есть ли у Вас нарушения здоровья, которые Вы связываете с выполнением своих рабочих обязанностей или рабочей средой? |  |  |  |
| Были ли Вам ранее назначены ограничения по труду на основании контроля здоровья? |  |  |  |

Подтверждаю правильность данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /подпись работника/