

1. Háziorvosi igazolás, amelyben orvos igazolja, hogy a vizsgált személy nem rendelkezik rejtett vagy fertőző betegséggel!
2. Alábbi beutaló kitöltése – munkáltató tölti ki.
3. Alábbi Üzemorvosi vélemény kitöltése - Foglalkozás-egészségügyi hely szakellátó orvosa tölti ki.

2. Beutaló kitöltése

.....
A munkáltató megnevezése, cégszerű bélyegzője

Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra*
(A munkáltató tölti ki!)

A munkavállaló neve:..... Született: évhó nap

Lakcíme:

Munkaköre: **MEZŐGAZDÁSZ**

TAJ száma:

A vizsgálat oka: OKJ's bizonyítvány megszerzéséhez, munkába lépés előtti, munkakör (hely) változás előtti, soron kívüli, záróvizsgálat**

A munkakör (munkahely) főbb egészségkárosító kockázatai***

| Kockázat | | A munkaidő | | Kockázat | | A munkaidő | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|----------|----------------------------------------|------------|-------------|
| jelzése | megnevezése | egészében | egy részben | jelzése | megnevezése | egészében | egy részben |
| 1. | Kézi anyagmozgatás | | | 14. | Porok, megnevezve:..... | | |
| 1.1 | 5 kp-20 kp | | | | | | |
| 1.2 | >20 kp-50 kp | | | | | | |
| 1.3 | >50 kp | | | | | | |
| 2. | Fokozott baleseti veszély (magasban végzett, villamos üzemi feszültség alatti munka), egyéb | | | 15. | Vegyvi anyagok megnevezve: | | |
| | | | | | | | |
| 3. | Kényszertesthelyzet (görnyedés, guggolás) | | | 16. | Járványügyi érdekből kiemelt munka-kör | | |
| 4. | Ülés | | X | 17. | Fertőzésveszély | | |
| 5. | Állás | | X | 18. | Fokozott pszichés terhelés | | |
| 6. | Járás | | X | 19. | Képernyő előtt végzett munka | | X |
| 7. | Terhelő munkahelyi klíma (meleg, hideg, nedves, változó) | | X | 20. | Éjszakai műszakban végzett munka | | |
| 8. | Zaj | | | 21. | Pszichoszociális tényezők | | |
| 9. | Ionizáló sugárzás | | | 22. | Egyéni védőeszköz általi terhelés | | X |
| 10. | Nem-ionizáló sugárzás | | | 23. | Egyéb: | | |
| 11. | Helyileg ható vibráció | | | | | | |
| 12. | Egésztest-vibráció | | | | | | |
| 13. | Ergonómiai tényezők | | | | | | |

....., 20..... évhó napján

3. Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

Munkaköri/szakmai* orvosi alkalmassági vélemény

A vizsgálat eredménye alapján..... ügyfél

.....MEZŐGAZDASÁGI.....
munkakörben/szakmában*

ALKALMAS

IDEIGLENESEN ALKALMAS

NEM ALKALMAS**

Nevezett munkaköri/szakmai* alkalmazását érintő korlátozás:.....

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat hét múlva.

....., 20..... évhó napján

P.H.

foglalkozás-egészségügyi
szakellátó hely orvosa

** Kérjük a megfelelő szövegrészt aláhúzni!