

КАРТА ПРОВЕРКИ ЗДОРОВЬЯ

1. Общие данные

Имя Фамилия

 Личный код

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Место жительства

Телефон Адрес эл. почты.....

Должность.....

Работодатель

Факторы риска, являющиеся основанием для проверки здоровья

Сопутствующие факторы риска

Характер работы (например: стоячая, сидячая, сменная, ночная)

Прежние работодатели

Название учреждения	Должность	Длительность трудовых отношений	Факторы риска, связанные с работой

2. Декларация о здоровье работника

Болели ли Вы ранее или болеете в настоящий момент каким-либо из перечисленных заболеваний:	НЕТ	ДА	Уточнение
лёгочные заболевания			
туберкулёз			
заболевания сердечно-сосудистой системы			
повышенное давление			
аллергические заболевания			
заболевания желудочно-кишечного тракта, в том числе язвы, желчнокаменная болезнь			
заболевания почек и мочевыводящих путей			
сахарный диабет			
воспаления суставов			
воспаления нервов			
переломы костей и прочие травмы			
приступы потери сознания, эпилепсия, судороги			
нарушения психики			
болезни уха			
хронический насморк, воспаление лобных или гайморовых пазух			
болезни глаз			
прочие заболевания			
Применяете ли Вы регулярно какие-либо лекарственные препараты?			
Были ли Вы в течение последнего года больны и/или находились на больничном листе?			
Есть ли у Вас такие проблемы со здоровьем, которые Вы связываете с выполнением своих профессиональных обязанностей или рабочей средой?			
Были ли Вам ранее при проверке состояния здоровья установлены ограничения по выполнению своих профессиональных обязанностей			
Оцените состояние своего здоровья:	Хорошее	Плохое	Удовлетворительное

Подтверждаю правильность данных.

Подпись работника: _____

Дата: _____