

КАРТА ПРОВЕРКИ ЗДОРОВЬЯ

I ОБЩИЕ ДАННЫЕ

Имя _____ Фамилия _____

Личный код _____

Место жительства _____

Телефон _____ Э-почта _____

Должность _____

Работодатель, адрес _____

Факторы риска, являющиеся основанием для проверки здоровья _____

Характер работы _____

Прошлые работодатели

Работодатель	Должность	Длительность трудовых отношений	Факторы риска, связанные с работой

II ДЕКЛАРАЦИЯ О ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКА

Болели ли Вы ранее или в настоящий момент каким-либо из перечисленных заболеваний:	НЕТ	ДА	Уточнение
легочные заболевания			
туберкулез			
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			
заболевания ушей			
хронический насморк, воспаление лобных или придаточных пазух			
заболевания глаз			
прочие заболевания			
Применяете ли Вы постоянно 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?			

Какую оценку Вы бы дали своему здоровью?

Хорошее

Плохое

Удовлетворительное

Подтверждаю правильность данных..

Подпись работника: _____ Дата: _____