

| |
|--|
| Töötervishoiuteenuse osutaja nimi |
| aadress |
| tegevusloa nr |

TERVISEKONTROLLI KAART

I. Üldandmed

Eesnimi: Perekonnanimi:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Isikukood: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Elukoht:

..

Telefon:

..

Ametikoht:

..

Tööandja nimi,
aadress:

.....

.

II. Töötaja tervisedeklaratsioon

| | EI | JAH | TÄPSUSTUS |
|--|----|-----|-----------|
| Kas põete või olete põdenud järgmisi haigusi: | | | |
| – 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, krampid | | | |
| – psüühikahäired | | | |
| – kõrvahaigused | | | |
| – krooniline nohu, otsmiku- või põskkoopapõletik | | | |
| – silmahaigused | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| – muud haigused | | | |
| Kas kannate kontaktläätsi? | | | |
| Kas tarvitate regulaarselt ravimeid? | | | |
| Kas on esinenud või esineb sõltuvust alkoholist, narkootilistest ainetest? | | | |
| 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? | | | |

Kinnitan andmete õigsust.

Töötaja allkiri:

Kuupäev:

III. Teostatud terviseuuringud ja eriarstide otsused

.....

IV. Töötervishoiuarsti otsus

Hinnang töötaja tervises seisundile

.....

Otsus sobivuse kohta töötama (*ametikoha nimetus*)

.....

Tervisekontrolli sageduse muutmise põhjus

.....

Järgmise tervisekontrolli aeg

| | |
|---|----------|
| Töötervishoiuarsti ees- ja perekonnanimi: | |
| Töötervishoiuarsti kood: | |
| Telefon: | |
| e-post: | |
| Töötervishoiuarsti allkiri: | Kuupäev: |

Olen tutvunud tervisekontrolli tulemustega.

Töötaja allkiri:

Kuupäev: