Priloga 3

ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO
operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata

OSNOVNI PODATKI OPERATIVNEGA GASILCA

_____

(Ime in priimek operativnega gasilca)

rojen (dan/mesec/leto) **____/____/_____ , stanujoč: _____**

_____

(domači naslov operativnega gasilca)

dovoljujem vpogled v zdravstveno dokumentacijo, ki jo vodi moj izbrani osebni zdravnik:

_____

(Ime in priimek izbranega osebnega zdravnika in zdravstvena organizacija, v kateri je zaposlen)

Prejšnji pregled operativnega gasilca sem opravil dne: (dan/mesec/leto) _____/_____/_____

Podpis operativnega gasilca: _____

MNENJE SPECIALISTA MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA

Na podlagi zdravstvenega pregleda operativnega gasilca in pregleda njegove zdravstvene dokumentacije, ki jo vodi izbrani osebni zdravnik, ugotavljam, da zgoraj omenjeni operativni gasilec:

– JE SPOSOBEN za operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata

– NI SPOSOBEN za operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata

Naslednji zdravstveni pregled mora operativni gasilec – nosilec izolirnega dihalnega aparata opraviti najpozneje do (dan/mesec/leto): _____/____/_____

DRUGI POMEMBNI PODATKI

Krvna skupina gasilca: _____

Cepljenje proti tetanusu (cepilni status; obkrožite oziroma dopolnite ustrezno alinejo)**:**

– gasilec je bil popolno cepljen (s tremi odmerki cepiva)

– gasilec je prejel zadnji poživitveni odmerek leta_____

– cepilni status ni znan

Kraj in datum (dan/mesec/leto) **izdaje zdravniškega spričevala _____; _____/____/_____**

Žig in podpis specialista medicine, dela prometa in športa ter zdravstvena organizacija, v kateri je zaposlen: