

.....
A munkáltató megnevezése
cégszerű bélyegzője

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

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

Lakcíme:

Munkaköre: TAJ száma:

A vizsgálat oka: 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.	Vegyai anyagok megnevezve:		
		
		
3.	Kényszerített helyzet (görnyedés, guggolás)			16.	Járványügyi érdekből kiemelt munka-kör		
4.	Ülés			17.	Fertőzésveszély		
5.	Állás			18.	Fokozott pszichés terhelés		
6.	Járás			19.	Képernyő előtt végzett munka		
7.	Terhelő munkahelyi klíma (meleg, hideg, nedves, változó)			20.	Éjszakai műszakban végzett munka		
8.	Zaj			21.	Pszichoszociális tényezők		
9.	Ionizáló sugárzás			22.	Egyéni védőeszköz általi terhelés		
10.	Nem-ionizáló sugárzás			23.	Egyéb:		
11.	Helyileg ható vibráció					
12.	Egésztest-vibráció					
13.	Ergonómiai tényezők					

Budapest, 20..... évhó napján

.....
munkáltató aláírása, hiteles bélyegzője

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

Elsőfokú munkaköri alkalmassági vélemény

A vizsgálat eredménye alapján..... munkavállaló

..... munkakörben/szakmában**

ALKALMAS

IDEIGLENESEN ALKALMAS

NEM ALKALMAS**

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

Ideiglenesen alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat hét múlva.

Budapest, 20..... évhó napján

P.H.

.....
Véleményező orvos

* Időszakos alkalmassági vizsgálatához e nyomtatvány hátoldalán lévő beutaló használható.

** Kérjük a megfelelő szövegrészt aláhúzni!

*** A megnevezett munkakörben fennálló kockázatok megfelelő rovatába tintával kell X-et írni, ahol több tényező van felsorolva, a megfelelőt kérjük aláhúzni!

A munkáltató megnevezése

Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra

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

Lakcíme:

Munkaköre: TAJ száma:

Kérem nevezett munkaköri alkalmasságára vonatkozó vélemény közlését.

A vizsgálat oka: időszakos vizsgálat.

Budapest, 20..... évhó napján

P.H.

.....
munkáltató aláírása

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

Munkaköri/szakmai* orvosi alkalmassági vélemény

A vizsgálat eredménye alapján..... ügyfél

..... munkakörben/szakmában*

ALKALMAS

IDEIGLENESEN ALKALMAS

NEM ALKALMAS**

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

.....
Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat hét múlva.

Budapest, 20..... évhó napján

P.H.

.....
foglalkozás-egészségügyi
szakellátó hely orvosa

** Kérjük a megfelelő szövegrészt aláhúzni!

A 33/1998. (IV. 24.) NM rendelet 14-15. sz. melléklete.