

TERVISEKONTROLI KAART

ÜLDANDMED

Eesnimi _____ Perekonnanimi _____

Isikukood:

Elukoht: _____

Telefon: _____

Meiliaadress: _____

Tööandja, (asutuse) nimi, aadress: _____

Ametikoht: _____

Staaž antud ametikohal _____ Üldine tööstaaž _____

Tervisekontrolli aluseks olevad põhilised ohutegurid: (pange linnuke sobivale variandile)

- töö kuvariga (% tööajast), töötamine kõrgustes (üle 1,2 meetri), töötamine kemikaalidega, müra, raskuste käsitsi teisaldamine, sundasendid, monotoonised liigutused, psühho-emotsionaalne pinge, vahetustega töö, öötöö, töö elektriseadmetega, vibratsioon

Kaasnevad ohutegurid: _____

Töö iseloomustus: _____

Isikukaitsevahendite kasutamine töötades: (pange linnuke sobivale variandile)

- kindad, spetsiaalne tööriietus, spetsiaalsed jalatsid, kõrvaklapid, -tropid, respiraator, prillid, muu (kirjeldage) _____

Varasemad tööandjad (2 eelnevat):

Tööandja (asutuse) nimi	Ametikoht	Töösuhte algus ja lõpp (aastad)	Töoga kaasnenud ohutegurid (näit. töö kuvariga, müra, tolm, kemikaalid, vibratsioon)

TÖÖTAJA TERVISEDEKLARATSIOON

Palume vastused kirjutada välja **SÕNALISELT (JAH või EI) IGALE REALE**. Täpsustage „jah“ vastuse puhul, mis aastal (või mis vanuses) ning missugune terviseprobleem see oli/on.

Kas põete või olete põdenud järgnevaid haigusi?	Jah/ei	Täpsustus
- kopsuhaigused (sh tuberkuloos)		
- südame-vereringehaigused		
- kõrgenenud vererõhk		
- allergiad		
- mao-sooletrakti haigused sh. haavandtõbi, sapikivitõbi		
- maksahaigused sh. kollatõbi		
- neeru-kuseteedehaigused		
- endokrinoloogilised haigused sh. suhkruhaigus, kilpnäärmehaigused		
- liigeste põletikud		
- valud selja-, kaela- või õlavöötme piirkonnas		
- käte öine suremine		
- traumad (luumurrud, õnnetusjuhtumid)		
- operatsioonid		
- teadvuse kaotuse hood, langetõbi, krambid		
- kas Teile on määratud psühhiaatrilist ravi?		
- kas Te kasutate prille või kontaktläätsesid?		
- silmahaigused		
- krooniline nohu, otsmiku- või põskkoopapõletik		
- kõrvahaigused		
- nahahaigused		
- verehaigused		
- muud haigused		
Kas Te olete tarvitanud narkootilisi aineid?		
Kas Te tarvitate alkoholi?		<input type="checkbox"/> iga päev <input type="checkbox"/> iga nädal <input type="checkbox"/> iga kuu <input type="checkbox"/> harva
Kas olete suitsetaja?		tk päevas aastat <input type="checkbox"/> olen loobunud
Kas tarvitate regulaarselt ravimeid? Milliseid?		
Kas olete viimase aasta jooksul olnud töövõimetuslehel?		
Kas olete kunagi viibinud haiglaravil ?		
Kas Teile on varem tervisekontrolli põhjal määratud tööpiiranguid?		
Kas Teil esineb tervisehäireid, mida seostate oma töö või töökeskkonnaga?		

Teie perearst on _____

Kinnitan andmete õigsust.

Töötaja allkiri _____ Kuupäev _____

Lähtudes „Isikuandmete kaitse seadusest“ ei edastata Teie tervist puudutavaid andmeid kolmandatele isikutele.