**ÜLDANDMED**

Eesnimi Eesnimi Perekonnanimi Perekonnanimi

Isikukood: Isikukood

Elukoht: Elukoht

Telefon: Telefon

Tööandja: (asutuse) nimi, aadress Tööandja nimi

Tööandja aadress

Ametikoht: Ametikoht

Meiliaadress: Meiliaadress

Staaz antud ametikohal Üldine tööstaaž

Tervisekontrolli aluseks olevad põhilised ohutegurid:

töö kuvariga (Valik tööajast), töötamine kõrgustes (üle 1,2 meetri), töötamine kemikaalidega, müra, raskuste käsitsi teisaldamine, sundasendid,  
monotoonsed liigutused, psühho-emotsionaalne pinge, vahetustega töö,  
öötöö, töö elektriseadmetega, vibratsioon (panna linnuke sobivale variandile)

Kaasnevad ohutegurid: Ohutegurid, mis esinevad tööl

Töö iseloomustus: Lühike kirjeldus tööülesannetest ja töövõtetest

Isikukaitsevahendite kasutamine töötades: kindad, spetsiaalne tööriietus,  
spetsiaalsed jalatsid, kõrvaklapid, -tropid, respiraator, prillid, Kui kasutate muid vahendeid, pange need siia kirja.

**Varasemad tööandjad (2 eelnevat):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tööandja (asutuse) nimi | Ametikoht | Töösuhte algus ja lõpp (aastad) | Tööga kaasnenud ohutegurid  (näit. töö kuvariga, müra, tolm, kemikaalid, vibratsioon) |
| Tööandja nimi | Ametikoht | Töötamise aeg | Ohutegurid |
| Tööandja nimi | Ametikoht | Töötamise aeg | Ohutegurid |

**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? |  | iga päev  iga nädal  iga kuu  harva |
| Kas olete suitsetaja? |  | Nr tk päevas Nr aastat  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 Perearsti nimi

**Kinnitan andmete õigsust.**

Töötaja allkiri ............................................................ Kuupäev Valige kuupäev

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