**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.