

.....
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 kockázataii**

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.	Vegyí anyagok megnevezve:		
		
		
3.	Kényszeresthelyzet (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					

Kelt:....., 20..... évhó napján

.....
munkáltató aláírása, hiteles bélyegzője

Megbízott partner: Hungária Med-M Kft.,
Székhely: 1132 Budapest, Csanády utca 6/b
Rendelő címe: 1135 Budapest, Jász utca 33-35.
Telefon: 06 30 633 0961, 06 1 800 9333

* 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!