

СПРАВКА О ПРОХОЖДЕНИИ МЕДОСМОТРА - ПЕРСОНАЛ УЧРЕЖДЕНИЯ

Весь персонал, включая заявителя, лицензиата или наемных работников учреждений по уходу за пожилыми по месту жительства, местных центров по уходу, или учреждений по присмотру за детьми, обязаны продемонстрировать, что состояние их здоровья позволяет им выполнять требуемую от них работу. Эта медицинская справка о состоянии здоровья должна заполняться врачом или под руководством врача.

Медицинский осмотр у врача или под руководством врача должен быть пройден не более чем за один год до устройства на работу или не позднее 7 дней после начала работы.

НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ

ИМЯ ЛИЦА, ПРОХОДЯЩЕГО ОСМОТР

ВОЗРАСТ

ДОЛЖНОСТЬ

ТИП УЧРЕЖДЕНИЯ

РАБОЧИЕ ДНИ В НЕДЕЛЮ

ЧАСЫ РАБОТЫ В ДЕНЬ

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОБЯЗАННОСТЯХ

ТИП ОБСЛУЖИВАЕМЫХ ЛИЦ (Отметьте соответствующий квадратик)

- Младенцы Взрослые Отстающие в развитии Имеющие физический недостаток
- Дети Пожилые Психически больные Зависимые от наркотиков/алкоголя
- Другое (укажите) _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

НАСТОЯЩИМ Я РАЗРЕШАЮ РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, СОДЕРЖАЩЕЙСЯ В ДАННОЙ СПРАВКЕ

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ЛИЦЕНЗИАТА ИЛИ РАБОТНИКА

АДРЕС

ДАТА

ВНИМАНИЮ ВРАЧА: Обслуживающий персонал учреждений по уходу за пожилыми по месту жительства, местных центров по уходу, или учреждений по уходу за детьми не должны иметь заразных болезней, и должны быть способными выполнять свою работу. Пожалуйста, заполните следующую информацию, касающуюся вышеуказанного лица.

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ

ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ВЫПОЛНЯТЬ РАБОТУ, ОПИСАННУЮ В ВЫШЕПРИВЕДЕННОМ СПИСКЕ СЛУЖЕБНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ, КОТОРЫЕ МОГУТ СОЗДАТЬ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ САМОГО ЛИЦА, КЛИЕНТОВ, ДЕТЕЙ И ДРУГОГО ПЕРСОНАЛА

ДАТА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ТЕСТА

 ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ

ПРЕДПРИНЯТЫЕ ДЕЙСТВИЯ (ЕСЛИ ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА ТЕСТ)

 ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ

ДАТА МЕДОСМОТРА

ИМЯ ВРАЧА (ВРАЧЕБНАЯ ПЕЧАТЬ)

ДАТА

МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРОВЕДЕН: (ОРИГИНАЛЬНАЯ ПОДПИСЬ)**№ ТЕЛЕФОНА****ДАТА**