

Број: _____
Вршац _____

КАРТОН ПЕРИОДИЧНОГ ПРЕГЛЕДА

(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ)	(ГОД. СТРАОСТИ)	(ЗАНИМАЊЕ)
Укупан радни стаж _____	Експозиције на радном месту _____	
Врста штетности _____		

КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

Анамнеза: _____
Глава и врат: _____
Плућа: _____
COR: _____
Абдомен: _____
Екстремитети: _____
Остали налази: _____

Лабораторијски налаз: _____

Специјалистички налаз: _____

Радна способност: _____

9.НАЛАЗ СПЕЦИЈАЛИСТЕ НЕУРОПСИХИЈАТРА:

10. НАЛАЗ СПЕЦИЈАЛИСТЕ ОФТАМОЛОГА:

11. НАЛАЗ СПЕЦИЈАЛИСТЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА:

Изјава: Изјављујем да не болујем од алкохолизма, падавице, губитка свести, и да сам све наведене податке дао тачно и да за све сносим пуну одговорност.

Потпис прегледаног