

## Priloga 3

**ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO**  
**operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata**

## OSNOVNI PODATKI OPERATIVNEGA GASILCA

---

(Ime in priimek operativnega gasilca)

rojen (dan/mesec/leto) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, stanujoč: \_\_\_\_\_

---

(domači naslov operativnega gasilca)

dovoljujem vpogled v zdravstveno dokumentacijo, ki jo vodi moj izbrani osebni zdravnik:

---

(Ime in priimek izbranega osebnega zdravnika in zdravstvena organizacija, v kateri je zaposlen)

Prejšnji pregled operativnega gasilca sem opravil dne: (dan/mesec/leto) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Podpis operativnega gasilca: \_\_\_\_\_

**MNENJE SPECIALISTA MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA**

Na podlagi zdravstvenega pregleda operativnega gasilca in pregleda njegove zdravstvene dokumentacije, ki jo vodi izbrani osebni zdravnik, ugotavljam, da zgoraj omenjeni operativni gasilec:

- JE SPOSOBEN za operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata
- NI SPOSOBEN za operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata

Naslednji zdravstveni pregled mora operativni gasilec – nosilec izolirnega dihalnega aparata opraviti najpozneje do (dan/mesec/leto): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DRUGI POMEMBNI PODATKI**

Krvna skupina gasilca: \_\_\_\_\_

Cepljenje proti tetanusu (cepilni status; obkrožite oziroma dopolnite ustrezno alinejo):

- gasilec je bil popolno cepljen (s tremi odmerki cepiva)
- gasilec je prejel zadnji poživitveni odmerek leta \_\_\_\_\_
- cepilni status ni znan

Kraj in datum (dan/mesec/leto) izdaje zdravniškega spričevala \_\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Žig in podpis specialista medicine, dela prometa in športa ter zdravstvena organizacija, v kateri je zaposlen:

---