

Munkaszám: .....

**Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra\***  
(A munkáltató tölti ki!)

A munkavállaló neve: ..... Született: .....  
Lakcíme: ..... Munkaköre: ..... TAJ száma: .....

A vizsgálat oka: munkába lépés előtti, munkakör (hely) változás előtti, soron kívüli, záróvizsgálat\*\*

**A munkakör (munkahely) főbb egészségkárosító kockázatai\*\*\***

| 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 (3m), villamos üzemi feszültség alatti munka), egyéb ..... |            |             | 15.      | Vegyi anyagok megnevezve: .....        |            |             |
| 3.       | Kényszerterhelyzet (gömyedés, 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.      | Egésztést-vibráció                                                                                     |            |             |          | .....                                  |            |             |
| 13.      | Ergonómiai tényezők                                                                                    |            |             |          | .....                                  |            |             |

Budapest, .....

.....  
munkáltató aláírása, hiteles bélyegzője

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése: .....

**Elsőfokú munkaköri alkalmassági vélemény**

A vizsgálat eredménye alapján..... munkavállaló  
..... munkakörben/szakmában\*\*

ALKALMAS

IDEIGLENESEN ALKALMAS

NEM ALKALMAS\*\*

Nevezett munkaköri/szakmai\*\* alkalmazását érintő korlátozás:.....  
.....

Ideiglenesen alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat ..... hét múlva.

Budapest, 20..... év .....hó ..... napján

P.H.

.....  
Véleményező orvos

\* Időszakos alkalmassági vizsgálatához e nyomtatvány hátoldalán lévő beutaló használható.

\*\* 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!

A munkáltató megnevezése

## Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra

A munkavállaló neve: ..... Született: .....

Lakcíme: .....

Munkaköre: ..... TAJ száma: .....

Kérem nevezett munkaköri alkalmasságára vonatkozó vélemény közlését.

A vizsgálat oka: időszakos vizsgálat.

Budapest, 20..... év .....hó ..... napján

P.H.

.....  
munkáltató aláírása

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése: .....

### Munkaköri/szakmai\* orvosi alkalmassági vélemény

A vizsgálat eredménye alapján..... ügyfél  
..... munkakörben/szakmában\*

ALKALMAS

IDEIGLENESEN ALKALMAS

NEM ALKALMAS\*\*

Nevezett munkaköri/szakmai\* alkalmazását érintő korlátozás:.....  
.....

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat ..... hét múlva.

Budapest, 20..... év .....hó ..... napján

P.H.

.....  
foglalkozás-egészségügyi  
szakellátó hely orvosa

\*\* Kérjük a megfelelő szövegrészt aláhúzni!

A 33/1998. (IV. 24.) NM rendelet 14-15. sz. melléklete.