

DODATAK

Broj: _____

Datum (dan, mjesec, godina): ____ / ____ / ____

Vrsta zdravstvenog pregleda: Prethodni Redovni Nadzorni izvanredni nadzorni: _____

Stjecanje Obnavljanje uvjerenja za voditelja brodice kategorije C

Stjecanje Obnavljanje svjedodžbe za zapovjednika jahte

Međunarodno uvjerenje voditelja brodice Res.40.EU Ostali: _____

Nakon liječničkog pregleda, obavljenog sukladno Pravilniku o utvrđivanju zdravstvene sposobnosti članova posade pomorskih brodova, brodice i jahti i u skladu sa STCW Konvencijom 1978. kako je izmjenjena i dopunjena te MLC Konvencijom iz 2006. izdaje

SVJEDODŽBA

O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI ČLANA POSADE POMORSKOG BRODA, BRODICA I JAHTI REPUBLIKA HRVATSKA

Ime, prezime, ime oca/majke: _____

Spol: Muški Ženski Državljanstvo: _____

Datum rođenja (dan,mj.,god.): ____ / ____ / ____ Mjesto i država rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

Pomorsko zvanje: _____

Istovjetnost osobe utvrđena je temeljem: osobne iskaznice, pomorske knjižice, odobrenja za ukrcanje, putovnice

(podcrtaj jednu od navedenih isprava)br.: _____ Izdane u: _____

Izjava ovlaštenog liječnika

Potvrđujem da je identifikacijski dokument provjeren na mjestu pregleda DA NE

ZDRAVSTVENI PREGLED

VISINA _____ TEŽINA _____ KRVNI TLAK _____ PULS _____ OPĆE STANJE _____

VID DESNO OKO LIJEVO OKO

BEZ NAOČALA _____ _____

S NAOČALAMA _____ _____

SLUH DESNO UHO _____ LIJEVO UHO _____

COLORNI VID BOOK _____ LANTERN _____

ŽUTA _____ CRVENA _____ ZELENA _____ PLAVA _____

Da li ispitanik uzima lijekove bez recepta ili na recept DA NE

Sluh je u skladu sa standardima STCW Kodeksa, odjeljak A-I/9: DA NE

Sluh bez pomagala: zadovoljavajući: DA NE

Vidna oštrina je u skladu sa standardima STCW Kodeksa, odjeljak A-I/9: DA NE

Kolorni vid je u skladu sa standardima STCW Kodeksa, odjeljak A-I/9: DA NE

Datum zadnjeg testa kolornog vida (dan, mjesec, godina) ____ / ____ / ____

Da li su naočale ili kontaktne leće neophodne za standarde vida? DA NE

Sposoban za tražene dužnosti? DA NE

Temeljem osobne izjave pregledanika, kliničkog pregleda, psihologijske obrade i rezultata funkcionalnih i laboratorijskih pretraga:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sposoban za službu na brodu trgovačke mornarice:
<input type="checkbox"/> na palubi <input type="checkbox"/> u stroju
<input type="checkbox"/> GMDSS-radioslužbi <input type="checkbox"/> u ostalim službama | <input type="checkbox"/> Nesposoban za službu na brodu trgovačke mornarice:
<input type="checkbox"/> Privremeno nesposoban _____
<input type="checkbox"/> na palubi <input type="checkbox"/> u stroju
<input type="checkbox"/> GMDSS-radioslužbi <input type="checkbox"/> u ostalim službama |
|---|---|

Sposoban za: _____ Nesposoban za: _____

Privremeno nesposoban za: _____

- bez ograničenja
- s ograničenjem: _____

- ocjena zdravstvene sposobnosti nije dana zbog:
- ostale napomene:

Ima li pomorac ikakvo medicinsko stanje koje bi se moglo pogoršati službom na moru ili bi ga moglo učiniti neodgovarajućim za takvu službu ili ugroziti zdravlje drugih na brodu? DA NE

Mjesto pregleda: _____ Datum(dan,mj.,god.) _____ / /

Datum isteka svjedodžbe: / /
 (dan/mjesec/godina)

Potpis i faksimil specijaliste medicine rada:

M.P.

Potvrđujem da sam upoznat sa sadržajem svojega kartona zdravstvenog pregleda.

Osoba nezadovoljna ocjenom zdravstvene sposobnosti može uložiti pisani prigovor Hrvatskom zavodu za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu.

*(potpis pregledanika u prisustvu ovlaštenog
 specijalista medicine rada)*

NO. _____

Date (day, month, year): _____ / _____ / _____

Type of medical examination: Prior Regular supervisory special supervisory _____
 Acquisition Renewal of attestation for category C boat skipper
 Acquisition renewal of certificate for yacht commander
 International attestation for boat skipper (Res.40.EU) Other: _____

After a medical examination performed in accordance with the Rules on Establishing Medical Fitness of Crew Members of Maritime Ships, Boats and Yachts, the following is compliance with the requirements of the STCW Convention 1978., as amended and the Maritime Labour Convention 2006. we issue this:

CERTIFICATE ON MEDICAL FITNESS OF A CREW MEMBER OF MARITIME SHIPS, BOATS AND YACHTS REPUBLIC OF CROATIA

First name, surname, names of father/mother: _____

Gender: Male Female Citizenship: _____

Day of birth (dd/mm/yy): _____ / _____ / _____ Place / country of birth: _____

Adress of residence: _____

Maritime service: _____

Identity of the person was established on the basis of: ID card, seaman's book, boarding approval, passport
(underline one of the above documents) No.: _____ issued at: _____

Declaration of the recognized medical practitioner:

Confirmation that identification documents were checked at the point of examination: YES NO

MEDICAL EXAMINATION

HEIGHT _____ WEIGHT _____ BLOOD PRESSURE _____ PULSE _____ GENERAL APPEARANCE _____

VISION RIGHT EYE LEFT EYE

WITHOUT GLASSES _____ _____

WITH GLASSES _____ _____

HEARING RIGHT EAR _____ LEFT EAR _____

COLOR TEST TYPE BOOK _____ LANTERN _____

YELLOW _____ RED _____ GREEN _____ BLUE _____

Is applicant taking any non-prescription or prescription medications? YES NO

Hearing meets the standards in STCW Code, Section A-1/9? YES NO NOT APLICABLE

Unaided hearing satisfactory? YES NO

Visual acuity meets standards in STCW Code, Section A-1/9? YES NO

Colour vision meets standards in STCW Code, Section A-1/9? YES NO

Date of the last colour vision test: (Day/Month/Year) _____ / _____ / _____

Are glasses or contact lenses necessary to meet the required vision standards? YES NO

Able for request duty ? YES NO

Based on examinee's personal statement, clinical examination, psychological examination and the results of functional and laboratory tests, the examinee was found to be:

Fit for service on a merchant navy ship:

on the deck in engine room

GMDSS-radio service in other services

Fit for: _____

without limitations

with limitation

assessment of medical fitness was not given because:

other remarks:

Unfit for service on a merchant navy ship:

Temporarily unfit: _____

on the deck in engine room

GMDSS-radio service in other services

Unfit for: _____

Temporarily unfit for: _____

Is the seafarer free from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or to render the seafarers unfit for such service or to endanger the health of other persons on board. YES NO

Place of examination: _____ Date (dd/mm/yy): / /

Certificate expiry date: / /
(day/month/year)

Occupational medicine specialist's signature and facsimile:

STAMP

I hereby confirm that I am acquainted with the contents of my Medical Examination Report.

Confirming that the seafarer has been informed of the content of the certificate and of the right to submit a written complaint with Croatian Institute For Health Protection and Safety at Work.

(signature of the examinee in the presence of the authorized occupational health specialist)