

PRILOG I.

VODIČ ZA PROCJENU MINIMALNIH TJELESNIH ZAHTJEVA ZA ČLANOVE POSADE PLOVILA UNUTARNJE PLOVIDBE KOD PRETHODNIH I REDOVNIH ZDRAVSTVENIH PREGLEDA

ZADATAK NA PLOVILU, FUNKCIJA, ZBIVANJE ILI STANJE	ODGOVARAJUĆA TJELESNA SPOSOBNOST	NAČIN ISPITIVANJA	MEDICINSKI ISPITIVAČ <i>MORA POTVRDITI DA JE PRISTUPNIK</i>
Rutinski pokreti na skliskim, neravnim i nestabilnim površinama; rizik ozljeđivanja	Održavanje ravnoteže	Navedeno kod ispitivanja audio-vestibularnih sposobnosti.	Bez smetnji u održavanju ravnoteže
Rutinski pristup između različitih razina; postupci u nuždi	Kretanje gore-dolje po okomitim ljestvama i stepeništu	Penjanje uz okomite ljestve visine 2,5 m i uz nagnute ljestve (nagib 45°) visine 2,5 m. Hodanje uz stepenište visine 3,5 metara, nagiba 45°.	Sposoban da se bez pomoći, penje ili spušta po okomitim ljestvama i stepenicama (nagnutim ljestvama)
Rutinsko kretanje između prostora i odjeljaka; postupci u nuždi	Hodanje preko pragova (do 60 cm visine)	Prekoračivanje preko okomite prepreke visine 60 cm.	Sposoban da bez pomoći hoda preko visokih pregrada na vratima (pragova)
Otvaranje i zatvaranje vodonepropusnih vrata; sustavi ručnih komandi, otvaranje i zatvaranje ventila; rukovanje konopima; uporaba ručnog alata (npr. ključeva, vatrogasnih sjekira, kotača ventila, čekića, odvijača, kliješta)	Rukovanje mehaničkim oruđem (desnostranost i jakost šaka i prstiju)	Ispitivanje snage stiska šake ručnom dinamometrijom i kliničko ispitivanje pokretljivosti zglobova ruku.	Sposoban da hvata, podiže i rukuje različitim uobičajenim brodskim alatom; pokreće ruke i šake kod otvaranja i zatvaranja upravljačkih kola za ventile u okomitom i vodoravnom pravcu; rotacija zapešća pri okretanju komandi
Kretanje po cijelom plovilu; uporaba alata i opreme; postupci u nuždi moraju brzo slijediti, uključujući i nošenje zaštitnih odijela i stavljanje pojasa za spašavanje.	Brzo kretanje	Klinički pregled.	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Rukovanje brodskim spremištima; uporaba alata i opreme; rukovanje konopima; postupci za brzi odgovor koji slijede.	Podizanje, spuštanje, guranje i prenošenje tereta	Istodobno podizanje utega od po 5 kg u svakoj ruci, i prenošenje ispruženih ruku na udaljenosti od 3 m. Podizanje pojedinačnog tereta oblika kocke sa stranicom dužine 60 cm, težine 20 kg na ispravan način i prenošenje na udaljenost od 5 m.	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Odlaganje iznad glave; otvaranje i zatvaranje ventila.	Dohvat iznad razine ramena	Kliničko ispitivanje pokretljivosti ruku u ramenim zglobovima.	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Opće održavanje plovila; postupci u nuždi, uključujući i kontrolu oštećenja	Čučanje (snižavanje visine savijanjem koljena), Klečanje (postavljanje koljena na tlo), Sagibanje (smanjivanje visine savijanjem u struku)	Ispitivanje izvođenja navedenih pokreta ili postizanja navedenih položaja	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Postupci u nuždi uključujući bijeg iz dimom ispunjenih prostora	Puzanje (sposobnost pokretanja tijela na rukama i koljenima) Opipavanje (sposobnost rukovanja ili dodira radi ispitivanja ili određivanja razlike u temperaturi)	Puzanje kroz prolaz kvadratnog presjeka veličine 60x60 cm i dužine 2,5 m. Ispitivanje dodira tople i hladne epruvete.	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Motrenje minimalno tijekom 4 sata	Stajanje i hodanje tijekom dužih razdoblja	Klinički pregled lokomotornog sustava.	Sposoban da stoji i hoda tijekom dužih razdoblja

Kretanje između prostorija; slijede postupci u nuždi	Rad u tijesnim prostorima i kretanje kroz sužene otvore (60 cm x 60 cm)	Spuštanje kroz prolaz kvadratnog presjeka veličine 60x60 cm i dužine 2,5 m.	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Reagirane na vidne alarme, upozorenja i upute; postupci u nuždi	Razlikovanje objekata ili oblika na određenoj udaljenosti	Navedeno kod ispitivanja vidnih sposobnosti	Ispunjava vidne standarde određene od kompetentnih vlasti
Reakcija na zvučne alarme i upute; postupci u nuždi	Čuje zvuk određene jakosti u dB i određene frekvencije	Navedeno kod ispitivanja audi-ovestibularnih sposobnosti	Ispunjava slušne standarde određene od kompetentnih vlasti
Podnošenje usmenih izvješća ili skretanje pažnje na sumnjiva ili hitna stanja	Trenutni opis okruženja i aktivnosti te jasan izgovor riječi	Klinički pregled.	Sposoban za normalan govor

Napomene:

1. Gornja tablica opisuje uobičajene brodске zaštite, funkcije, zbivanja i stanja; odgovarajuću tjelesnu sposobnost koja se smatra nužnom za sigurnost brodaraca koji živi i radi na plovilu tijekom plovidbe i vodič za mjerenje odgovarajuće tjelesne sposobnosti.

2. Pojam postupci u nuždi podrazumijeva sve postupke koji se provode u nuždi (napuštanje plovila, gašenje požara), kao i temeljne postupke koje brodarac mora slijediti za poboljšanje svojeg osobnog preživljavanja uz izbjegavanje stvaranja situacija gdje bi mu mogla biti potrebna pomoć drugih članova posade.

3. Pod pojmom »pomoć« podrazumijeva se pomoć druge osobe za izvršenje zadatka

4. U slučaju sumnje, medicinski ispitivač mora objektivnom obradom odgovarajućim testovima utvrditi stupanj ili ozbiljnost bilo kojeg oštećenja koje predstavlja zapreku, ili uputiti pristupnika na daljnje preglede i pretrage.

PRILOG II.

(Ovlaštena zdravstvena ustanova, trgovačko društvo ili specijalistička ordinacija medicine rada za zdravstveni pregled članova posade plovila unutarnje plovidbe)

Broj: _____ Datum (dan/mjesec/godina): _____

Vrsta zdravstvenog pregleda: prethodni redovni nadzorni _____

Po zdravstvenom pregledu, izvršenom u skladu s Pravilnikom o utvrđivanju zdravstvene sposobnosti članova posade plovila unutarnje plovidbe izdaje se:

SVJEDODŽBA**o zdravstvenoj sposobnosti člana posade plovila unutarnje plovidbe**

Ime, prezime, ime oca/majke: _____

OIB: _____ Spol: _____ Državljanstvo: _____

Datum rođenja: _____ Mjesto i država rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

Brodarsko zvanje, radno mjesto: _____

Istovjetnost osobe utvrđena je temeljem: osobne iskaznice, brodarske knjižice, putovnice (navesti ispravu): _____

broj isprave: _____ izdane u: _____

Temeljem osobne izjave pregledanika, kliničkog pregleda, psihološke obrade i rezultata funkcionalnih i laboratorijskih pretraga, pregledanik je:

Sposoban za službu na plovilu trgovačke mornarice Nesposoban za službu na plovilu trgovačke mornarice

na palubi

privremeno

trajno

u stroju

na palubi

u ostalim službama

u stroju

u ostalim službama

bez ograničenja

s ograničenjem _____ članak i točka Pravilnika _____

Šifra bolesti prema 10. MKB: _____

ocjena zdravstvene sposobnosti nije dana zbog _____

ostale napomene _____

Mjesto: _____ Datum (dan/mjesec/godina): _____

Datum isteka važenja Svjedodžbe (dan/mjesec/godina) _____

Potvrđujem da sam upoznat sa sadržajem
svojeg kartona zdravstvenog pregleda:

(potpis pregledanika u prisutnosti specijalista medicine rada/sporta)

(potpis i faksimil specijalista medicine rada/sporta)

PRILOG III.

(Ovlaštena zdravstvena ustanova, trgovačko društvo ili specijalistička ordinacija medicine rada
za zdravstvene preglede članova posade plovila unutarnje plovidbe)

Broj: _____

Datum upisa: _____

Vrsta zdravstvenog pregleda: prethodni redovni nadzorni: _____

KARTON ZDRAVSTVENOG PREGLEDA ČLANOVA POSADE PLOVILA UNUTARNJE PLOVIDBE

Ime, prezime, ime oca/majke: _____

OIB: _____ Spol: ____ Državljanstvo: _____

Datum rođenja: _____ Mjesto i država rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

Brodarsko zvanje, radno mjesto: _____

Istovjetnost osobe utvrđena je temeljem: osobne iskaznice, brodarske knjižice, putovnice

(navesti ispravu): _____ broj isprave: _____ izdane u: _____

Bračno stanje: _____ Odslužio vojsku: da ne – razlog: _____

Ukupni radni staž: ____ (god) Radni staž u buci: ____ (god) Ukupni plovidbeni radni staž: ____ (god)

Ranija radna mjesta: _____

Služba na plovilu: _____

Vrsta plovila: _____

Vrsta plovidbe (nacionalna, mala i velika obalna, duga, unutarnja) _____

OSOBNANAMNEZA I IZJAVA PRISTUPNIKA

Da li ste ikada imali i koji od navedenih zdravstvenih poremećaja (bolesti) ili od njih bili liječeni?

Zdravstveni problem	Da	Ne	Zdravstveni problem	Da	Ne
1. Problemi s očima ili s vidom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Operacije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemi s uhom, grlom, nosom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Migrene i ostale glavobolje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemi sa sluhom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Gubici svijesti ili potres mozga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemi održavanja ravnoteže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Vrtoglavice ili omaglice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Povišeni krvni tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Padavica ili konvulzije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bolesti srca i krvnih žila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Ograničena pokretljivost tijela ili pojedinih dijelova tijela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Varikozne vene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Problemi s leđima ili kralješnicom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Astma ili kronični bronhitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Reumatske tegobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bolesti krvi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Ozljede, iščašenja, prijelomi ili amputacija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Šećerna bolest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Duševni poremećaji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bolesti štitnjače	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Depresija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bolesti probavnog sustava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Pokušaj samoubojstva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bolesti bubrega i mokraćnog sustava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14. Kožne bolesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 15. Alergije | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. Gubitak pamćenja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Zarazne bolesti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. Problemi sa spavanjem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Kila | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. Ovisnost ili uzimanje alkohola i droga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Bolesti spolnih organa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. Da li pušite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Novotvorine (tumori) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Ako je odgovor na neko od prethodnih pitanja bio »Da«, upisati detalje (ako nema dovoljno prostora, podatke napisati na poseban list papira, po potrebi priložiti preslike medicinske i druge dokumentacije):

Dodatna pitanja:

- | | Da | Ne |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 36. Da li je ikada zabilježeno da ste bili bolesni ili iskrncani, odnosno repatrirani s plovila? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Da li ste ikada liječeni u bolnici? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Da li ste ikada proglašeni nesposobnim za službu na plovilu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Da li je vaša svjedodžba o zdravstvenoj sposobnosti ikada bila ograničena ili poništena? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Da li znate da imate ikakvih medicinskih problema, bolesti ili bolesnih stanja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Da li se osjećate zdravim i sposobnim za obavljanje dužnosti na svom radnom mjestu ili u svom zvanju? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Da li ste alergični na ikoji lijek ili ste imali druge nuspojave kod uzimanja lijekova? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Napomene:

- | | Da | Ne |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 43. Da li trenutno ili povremeno uzimate ikakve prepisane ili neprepisane lijekove? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ako da, navedite koje lijekove, svrhu i doziranje:

44. Menstruacija: prva s _____ god., značajke _____; Menopauza s _____ god.,
 45. Trudnoća: ne da – broj _____ Jeste li sada trudni? ne da – broj tjedana: _____
 46. Pobačaj: ne da – spontani – broj _____, ostali – kakav/broj _____
 47. Porođaj: ne da – broj _____; Značajke trudnoće i porođaja _____

Da li je netko u vašoj obitelji bolovao ili je liječen od:

- | | Da | Ne | | Da | Ne |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Šećerne bolesti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Visokog krvnog tlaka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Raka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergije | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alkoholizma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Duševnih bolesti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bolesti srca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Drugih bolesti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ja, dolje potpisani, potvrđujem da je moja gore navedena osobna izjava istinita, i za to snosim moralnu, materijalnu i kaznenu odgovornost, i suglasan sam da se sva moja medicinska dokumentacija koja se nalazi kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite, drugih doktora medicine ili u drugim zdravstvenim ustanovama na traženje dostavi: _____
 dr. med., specijalist medicine rada/sporta

Potpis pregledanika: _____

KLINIČKI PREGLED

Visina: _____ (cm) Tjelesna težina: _____ (kg) Relativna težina: _____ (%) Tjelesna građa: _____

Srčana frekvencija: _____ (/min) Srčani ritam _____

Krvni tlak: _____ / _____ (mmHg)

Stanje uredno:	DA	NE	Stanje uredno:	DA	NE
Opći izgled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prsni koš i pluća	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koža i vidljive sluznice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pregled dojki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glava i vrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Srce i krvne žile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanjski pregled oka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trbuh i trbušni organi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Očna pozadina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analni pregled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanjski pregled uha,			Vanjski spolni organi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nosa i paranazalnih sinusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kralješnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otoskopski nalaz			Lokomotorni sustav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ušnog bubnjića	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurološki status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usna šupljina i zubi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psihičko stanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ako pojedini nalaz odstupa od urednog, detaljno ga opisati:

Funkcionalno ispitivanje vida

Fuzija:

Oštrina vida						
	Desno oko	Lijevo oko	Binokularno	Desno oko	Lijevo oko	Binokularno
Na daljinu						
Na blizinu						

Dubinski vid:

Osjet za boje: Uredan

Periferni vid:

 Odstupanja: _____

Niktometrija:

Funkcionalno ispitivanje sluha i ravnoteže:

Tonalna liminarna audiometrija (razine oštećenja u dB)

Pokusi ravnoteže:

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz		Uredna	Odstupanja
Desno uho							FATBprema NASA R/93		
Lijevo uho							Rotatorni test		

Spirometrija: _____

Dinamometrija: _____

EKG: _____

Rtg pluća učinjen (dan/mjesec/godina): _____ / _____ / _____ Broj: _____

Nalaz: _____

Laboratorijski nalazi učinjeni (dan/mjesec/godina): _____ / _____ / _____ – u privitku

Krvna grupa i Rh faktor: _____

Ostali pregledi i pretrage:

Stanje cijepjenja evidentirano: Da Ne

Ocjena zdravstvene sposobnosti člana posade plovila unutarnje plovidbe

Temeljem osobne izjave pregledanika, kliničkog pregleda, psihologijske obrade i rezultata funkcionalnih i laboratorijskih pretraga zabilježenih u njegovu zdravstvenom kartonu, izjavljujem da je pregledanik:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sposoban za službu na plovilu trgovačke mornarice
<input type="checkbox"/> na palubi
<input type="checkbox"/> u stroju
<input type="checkbox"/> u ostalim službama | <input type="checkbox"/> Nesposoban za službu na plovilu trgovačke mornarice
<input type="checkbox"/> privremeno <input type="checkbox"/> trajno
<input type="checkbox"/> na palubi
<input type="checkbox"/> u stroju
<input type="checkbox"/> u ostalim službama |
|--|---|

 bez ograničenja

 s ograničenjem _____ članak i točka Pravilnika: _____

_____ Šifra bolesti prema 10. MKB: _____

 ocjena zdravstvene sposobnosti nije dana zbog _____

 ostale napomene _____

Mjesto: _____ Datum (dan/mjesec/godina): ____/____/____

Datum isteka važenja svjedodžbe (dan/mjesec/godina) _____

 (potpis i faksimil specijaliste medicine rada/sporta)

 (Ovlaštena zdravstvena ustanova, trgovačko društvo ili specijalistička ordinacija medicine rada za obavljanje zdravstvenog pregleda članova posade plovila unutarnje plovidbe)

Broj: _____

Datum upisa: _____

Vrsta zdravstvenog pregleda: prethodni redovni nadzorni: _____

PSIHOLOGIJSKA OBRADA ČLANA POSADE PLOVILA UNUTARNJE PLOVIDBE

Ime, prezime, ime oca/majke: _____

OIB: _____ Spol: _____ Državljanstvo: _____

Datum rođenja: _____ Mjesto i država rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

Brodarsko zvanje, radno mjesto: _____

Istovjetnost osobe utvrđena je temeljem: osobne iskaznice, brodarske knjižice, putovnice (navesti ispravu): _____

broj isprave: _____ izdane u: _____

Bračno stanje: _____ Odslužio vojsku: c da c ne – razlog: _____

Ukupni radni staž: _____ (god.) Radni staž u buci: _____ (god.)

Ukupni plovidbeni radni staž: _____ (god)

Ranija radna mjesta: _____

Služba na plovilu: _____

Vrsta plovila: _____

Vrsta plovidbe (nacionalna, mala i velika obalna, duga, unutarnja) _____

1. STANDARDIZIRANI PSIHOLOGIJSKI INTERVJU:

2. PERCEPTIVNE I SPACIJALNE SPOSOBNOSTI:

3. KOGNITIVNE FUNKCIJE:

4. PROCJENA OSOBINA LIČNOSTI:

SPOSOBAN – NESPOSOBAN

PSIHOLOG

PRILOG IV.

Služba za medicinu rada
Arbeitsmedizinischer Dienst

Svjedodžba o zdravstvenoj sposobnosti za obavljanje poslova zapovjednika plovila unutarnje plovidbe Ärztliches Zeugnis über die Untersuchung der Tauglichkeit als Schiffsführer in der Binnenschifffahrt

Odgovarajuće prekrižiti ili ispuniti
Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

Prezime, djevojačko prezime, ime Familiennamen, ggf. Geburtsname, Vornamen	
Datum i mjesto rođenja Geburtsdag, -ort	Identitet utvrđen pomoću Ausgewiesen durch

I.	Vid Sehvermögen 1. Oštrina vida danju Tagessehschärfe				
	<input type="checkbox"/> bez pomagala za vid ohne Sehhilfe	lijevo links	desno rechts	<input type="checkbox"/> s pomagalom za vid mit Sehhilfe	
	2. Vid u sumrak ¹⁾ Dämmerungsehvermögen			<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
	3. Adaptacija na tamu ¹⁾ dovoljna Dunkeladaption ausreichend			<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
	4. Vidno polje bez ograničenja perimetrijska pretraga ¹⁾ Gesichtsfeld ohne Einschränkungen perimetrische Untersuchung			<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
	5. Sposobnost razlikovanja boja dovoljna ispitivanje anomaloskopom ¹⁾ Farbunterscheidungsvermögen ausreichend Prüfung mit Anomaloskop			<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
	6. Motilitet uredan Motilität unauffällig			<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
	Rezultat pregleda Untersuchungsergebnis	<input type="checkbox"/> zadovoljavajući ausreichend <input type="checkbox"/> zadovoljavajući s pomagalom za vid ausreichend mit Sehhilfe <input type="checkbox"/> nezadovoljavajući nicht ausreichend			
II.	Sluh Hörvermögen				
		Slušni aparat Hörgerät	<input type="checkbox"/> ne nein	<input type="checkbox"/> da ja	
	Gubitak sluha prelazi 40 dB pri frekvencijama od 500, 1000, 2000 i 3000 Hz links	lijevo	<input type="checkbox"/> ne nein	<input type="checkbox"/> da ja	
	Hörverluste überschreiten 40 dB in den Frequenzen 500, 1000, 2000 und 3000 Hz	desno rechts	<input type="checkbox"/> ne nein	<input type="checkbox"/> da ja	
	Rezultat pregleda Untersuchungsergebnis	<input type="checkbox"/> zadovoljavajući ausreichend <input type="checkbox"/> zadovoljavajući sa slušnim aparatom ausreichend mit Hörgerät <input type="checkbox"/> nezadovoljavajući nicht ausreichend			

