

## UPITNIK ZA PROCJENU ZDRAVSTVENOG STANJA RADNIKA KOJI RADE NOĆU

IME I PREZIME			
DATUM ROĐENJA		SPOL	M      Ž
ADRESA		TELEFON	
RADNO MJESTO		ZANIMANJE	
POSLODAVAC			
ADRESA POSLODAVCA		TELEFON	

1.	Koliko godina radite noću?		
2.	Koliko noćnih smjena imate mjesečno?		
3.	Imate li zdravstvene tegobe koje se javljaju za vrijeme noćnog rada?	DA	NE
4.	Imate li slijedeće bolesti ili zdravstvene tegobe:		
5.	Padavicu (Epilepsiju)	DA	NE
	Šećernu bolest (Diabetes)	DA	NE
	Psihičke probleme uključivši depresiju	DA	NE
	Probleme sa spavanjem	DA	NE
	Astmu	DA	NE
	Bolesti srca i krvnih žila	DA	NE
	Visok krvni tlak	DA	NE
	Bolesti želuca	DA	NE
	Crijevne bolesti	DA	NE
6.	Ako imate gore navedene, ili neke druge stalne ili povremene zdravstvene poteškoće, smatrate li da mogu umanjiti Vašu sposobnost za noćni rad?	DA	NE
7.	Uzimate li lijekove?	DA	NE
	Ako da, navedite koje:		

DATUM		POTPIS	
-------	--	--------	--