

# LÄÄKÄRINTODISTUS TERVEYSTARKASTUKSESTA

Työnantaja	
Työterveysaseman nimi	
Osoite	Puhelin
Terveystarkkailusta vastaavan lääkärin nimi	Päätöksen numero *)

Tarkastetun henkilötiedot	Suku- ja etunimet	Henkilötunnus
	Ammatti	Työtehtävä, työolot ja altistus
	Henkilöllisyys <input type="checkbox"/> tunnettu <input type="checkbox"/> varmistettu, miten:	
Terveystarkastuksen syy	<input type="checkbox"/> Alkutarkastus <input type="checkbox"/> Säännöllinen seuranta <input type="checkbox"/> Muu tarkastus	
Lausunnon peruste	tarkastuspvm.	
	<input type="checkbox"/> kyselylomakkeen tiedot _____	
	<input type="checkbox"/> työterveyshoitajan tarkastus _____	
	<input type="checkbox"/> lääkärin tarkastus _____	
	<input type="checkbox"/> muu selvitys, mikä _____	
Lausunto	Tarkastetun henkilön soveltuvuus terveydentilansa puolesta säteilytyöluokan A työntekijäksi:	
	<input type="checkbox"/> soveltuu	
	<input type="checkbox"/> soveltuu seuraavin edellytyksin: Työntekijä ei saa työssään altistua seuraaville aineille tai työskennellä seuraavissa olosuhteissa:	
	<input type="checkbox"/> ei sovellu	
	Paikka ja päivämäärä	Lausunnon antajan allekirjoitus ja leima (sv-leima)

\*) Toimivaltaisen viranomaisen päätös, jolla lääkäri on todettu päteväksi toimimaan säteilytyöluokkaan A kuuluvien työntekijöiden terveystarkkailusta vastaavana lääkärinä.