Внимание! Приложение не было зарегистрировано в Минюсте РФ и приводится для ознакомления. Достоверность материалов подтверждается их наличием в базах правовых документов "Гарант" и "Консультант Плюс".
Подробнее о медосмотрах читайте на http://medosmotr302.ru/ .

Приложение № 7
к **Порядку проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда**, утвержденному приказом № 302н Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г.

Образец

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

_____
(наименование медицинской организации)

_____

_____
(адрес)

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКА № _____

«___»_____20___г.
(дата оформления)

1. Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

2. Пол: М Ж 3. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

4. Паспорт: серия _____ номер _____дата выдачи_____
(число, месяц, год)

кем выдан _____

5. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания):_____

_____

_____ телефон _____

6. Номер страхового полиса ОМС | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

7. Место работы:_____

7.1. Вид экономической деятельности:_____

7.2. Полное наименование организации

(предприятия)_____

7.3. Форма собственности организации

(предприятия):_____

7.4. Наименование структурного подразделения (цех, участок, отдел, отделение и

т.д.):_____

8. Профессия (должность) (в настоящее время):_____

_____

9. Условия труда (в настоящее время):

Наименование производственного фактора, вида работы с указанием пункта*	Стаж работы с фактором

10. Профессиональный маршрут до начала работ в данном виде работ (для предварительного медицинского осмотра (обследования):

Начало и окончание работы (месяц, год)	Организация (предприятие)	Наименование работы с указанием пункта*	Наименование производственного фактора с указанием пункта*

11. Даты проведения предварительных (при поступлении на работу) медицинских осмотров (обследований):

«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.

«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.

12. Даты проведения периодических медицинских осмотров (обследований)

«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.

«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.

«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.

«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.
«___»_____20___г.

13. Медицинская организация, к которой прикреплен работник для постоянного наблюдения (название, юридический адрес):

_____

_____

_____

14. План предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования):

№№ п/п	**Осмотры (обследования)**	**Дата выполнения**	**Заключение по результатам осмотра (годен, не годен, заключение не дано)**

*Перечислить вредные и/или опасные производственные факторы и работы в соответствии с Перечнем вредных факторов и Перечнем вредных работ.