

IMSP: SH Falla
Adresa: Școl nr 38
Tel.: _____

DOSAR MEDICAL

Numele Copcears, prenumele Ypenadre CP 0981606374040
Sex: M F , data nașterii 18.03.1968 vârstă 36
Adresa: superior 18
Nr. telefon: _____, e-mail _____
Profesia/funcția ef auto
Unitatea economică Școl Yembrod
Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: _____
Boli profesionale: da , nu
Accident de muncă: da , nu
Fumat: 0 , de la _____ ani, în medie _____ țigări/zi
Alcool: 0 , ocazional
Medic de familie: _____, tel.: _____

DECLARAȚIE PE PROPRIARĂ SPUNDERE:

- nu sunt în evidență sau nu urmez tratament pentru epilepsie, boli psihice, neurologice, neuropsihice;
- nu am în antecedente în prezent nu am hepatită virală tip A, B, C, TBC, LUES, HIV;
- nu consum droguri;
- am fost diagnosticat(ă)
și administrez/nu administrez tratament pentru următoarele patologii:

Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii din alte instituții medicale, îmi exprim acordul pentru transmiterea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate către acești medici în scopul consultului și tratamentului meu.

Semnătura [Signature]

Data 24.01.25

EXPERIENȚA PROFESIONALĂ
(se indică toate locurile de muncă anterioare și prezente)

Unitatea economică și locul de muncă	Perioada	Profesia/funcția	Factorii profesionali de risc
...			

EXAMEN MEDICAL ÎN MOMENTUL ANGAJĂRII

Data 24.01.25

Factori de risc conform punctului din lista factorilor de risc	Denumirea riscului
...	

Talia 170
cm Greutatea 103
IMC – obezitate: nu [], da [], grad – I, grad – II, grad – III

Anamneză generală: _____
Anamneză profesională: _____
UM: _____, nașteri: _____

EXAMEN CLINIC:

- 1) tegumente și mucoase N
- 2) țesut celular subcutanat N
- 3) sistem ganglionar _____
- 4) aparat locomotor _____
- 5) aparat respirator N
- 6) aparat cardiovascular N
- TA 130/80 /min, varice _____
- 7) aparat digestiv _____
- 8) aparat urogenital _____
- 9) SNC, analizatori: _____
- a) acuitate vizuală: OD 10 OS 10; cu corecție optică: OD _____ OS _____
- vedere cromatică: normală
- vedere în relief fără corecție optică _____
- b) voce tare 10, voce șoptită _____
- 10) sistem endocrin _____

[Handwritten signature]  

Concluzia examenului clinic:

- sănătos clinic în momentul examinării
 diagnostic: apt

Numele și semnătura medicului DR

EXAMENE PARACLINICE (conform anexei nr.1 la Regulament):

- examen hematologic spirometrie RPS
 examen biochimic
 ECG examen sumar urina alte urinoze - 5, 5 ura

EXAMENE SUPLIMENTARE:

Concluzii:

- sănătos clinic în momentul examinării
Diagnostic: sănătos

**CONCLUZIE MEDICALĂ
pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	factori derisivi:
Apt	<input checked="" type="checkbox"/> <u>01.01.2026</u>
Apt condiționat	<input type="checkbox"/>
Inapt temporar	<input type="checkbox"/>
Inapt	<input type="checkbox"/>

Recomandări

Medic de medicină amuncii sau cu competențe în medicină amuncii

(nume, prenume, semnătura)

Data: 30.01.26

Data următorului examen medical: _____

IMSP: S.R. Fălăuș
Adresa: Med. Cl. 38
Tel.: _____

DOSAR MEDICAL

Numele Budres, prenumele Uroșor CP 098210137 6711
Sex: M , F , data nașterii 2.08.1962 vârstă 62
Adresa: Sec. 10
Nr. telefon: _____, e-mail _____
Profesia/funcția ps. auto
Unitatea economică SPR. Yembud
Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: _____
Bol profesionale: da , nu
Accident de muncă: da , nu
Fumat: 0 , de la _____ ani, în medie _____ țigări/zi
Alcool: 0 , ocazional
Medic de familie: _____, tel.: _____

DECLARAȚIE PE PROPRIARĂ SPUNDERE:

- nu sunt în evidență sau nu urmez tratament pentru epilepsie, bol psihice, neurologice, neuropsihice;
 - nu am în antecedente în prezent nu am hepatită virală tip A, B, C, TBC, LUES, HIV;
 - nu consum droguri;
 - am fost diagnosticat(ă)
- și administrez/nu administrez tratament pentru următoarele patologii:

Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii din alte instituții medicale, îmi exprim acordul pentru transmiterea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate către acești medici în scopul consultului și tratamentului meu.

Semnătura



Data

24.01.20

EXPERIENȚA PROFESIONALĂ
(se indică toate locurile de muncă anterioare și prezente)

Unitatea economică și locul de muncă	Perioada	Profesia/funcția	Factorii profesionali de risc
...			

EXAMEN MEDICAL ÎN MOMENTUL ANGAJĂRII

Data 24.01.25

Factori de risc conform punctului din lista factorilor de risc	Denumirea riscului
...	

Talia 168
 cm Greutatea 96
 IMC - obezitate: nu [], da [], grad - I, grad - II, grad - III

Anamneză generală: _____
 Anamneză profesională: _____
 UM: _____, nașteri: _____

EXAMEN CLINIC:

- 1) tegumente și mucoase N
- 2) țesut celular subcutanat N
- 3) sistem ganglionar _____
- 4) aparat locomotor _____
- 5) aparat respirator N
- 6) aparat cardiovascular N
- TA 120/80 mmHg /min, varice _____
- 7) aparat digestiv _____
- 8) aparat urogenital _____
- 9) SNC, analizatori: _____
- a) acuitate vizuală: OD 1.0 OS 1.0; cu corecție optică: OD _____ OS _____
 vedere cromatică: normală
 vedere în relief fără corecție optică _____
- b) voce tare _____, voce șoptită _____
- 10) sistem endocrin _____

Interviu și _____
24.01.25 Clinica APT _____



Concluzia examenului clinic:

sănătos clinic în momentul examinării
 diagnostic: Apt

Numele și semnătura medicului: _____

EXAMENE PARACLINICE (conform anexei nr.1 la Regulament):

- examen hematologic spirometrie RPS
 examen biochimic
 ECG examen sumar urina alte glucoza 4,2 mg

EXAMENE SUPLIMENTARE:

Concluzii:

sănătos clinic în momentul examinării
Diagnostic: sănătos

CONCLUZIE MEDICALĂ
pentru exercitarea profesiei/funcției

Concluzie	factorii derisc:
Apt	<u>Apt</u> <u>01.01.2026</u>
Apt condiționat	[]
Inapt temporar	[]
Inapt	[]

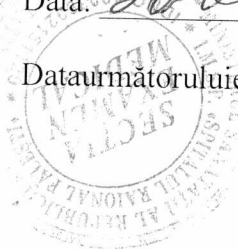
Recomandări: _____

Medic de medicină amuncii sau cu competențe în medicină amuncii

(nume, prenume, semnătura) _____

Data: 30.01.2025

Data următorului examen medical: _____



IMSP: SA Fellen
Adresa: Str. Unu 38
Tel.: _____

DOSAR MEDICAL

Numele Oveer, prenumele Medai CP 200037 013 34
Sex: M , F , data nașterii 17.03.1960 vârsta 47
Adresa: Școala
Nr. telefon: _____, e-mail: _____
Profesia/funcția ajuto
Unitatea economică SA Yembudu
Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: _____
Bol profesionale: da , nu
Accident de muncă: da , nu
Fumat: 0 , de la 18 ani, în medie 10 țigări/zi
Alcool: 0 , ocazional
Medic de familie: _____, tel.: _____

DECLARAȚIE PE PROPRIARĂ SPUNDERE:

- nu sunt în evidență sa unu urme de tratament pentru epilepsie, bol psihice, neurologice, neuropsihice;
 - nu am în antecedente în prezent nu am hepatită virală tip A, B, C, TBC, LUES, HIV;
 - nu consum droguri;
 - am fost diagnosticat(ă)
- si administrez/nu administrez tratament pentru următoarele patologii:

Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii din alte instituții medicale, îmi exprim acordul pentru transmiterea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate către acești medici în scopul consultului și tratamentului meu.

Semnătura





Data

24.01.20

EXPERIENȚA PROFESIONALĂ
(se indică toate locurile de muncă anterioare și prezente)

Unitatea economică și locul de muncă	Perioada	Profesia/funcția	Factorii profesionali de risc
...			

EXAMEN MEDICAL ÎN MOMENTUL ANGAJĂRII

Data 24.06.2015

Factor de risc conform punctului din lista factorilor de risc	Denumirea riscului
...	

Talia - 175
 cm Greutatea - 64
 IMC - obezitate: nu [], da [], grad - I, grad - II, grad - III

Anamneză generală: _____
 Anamneză profesională: _____
 UM: _____, nașteri _____

EXAMEN CLINIC:

- 1) tegumente și mucoase N
- 2) țesut celular subcutanat N
- 3) sistem ganglionar _____
- 4) aparat locomotor _____
- 5) aparat respirator N
- 6) aparat cardiovascular N
 TA 120/80 mmHg, FCC 50 /min, varice _____
- 7) aparat digestiv _____
- 8) aparat urogenital _____
- 9) SNC, analizatori: _____
- a) acuitate vizuală: OD 1w OS 2w; cu corecție optică: OD _____ OS _____
- vedere cromatică: normă
- vedere în relief fără corecție optică _____
- b) voce tare 16, voce șoptită 60
- 10) sistem endocrin _____

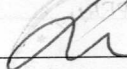


Y. H. G. I. S. A. 135/85
Medicul curant

Concluzia examenului clinic:

sănătos clinic în momentul examinării

diagnostic: boala ulceroasă

Numele și semnătura medicului: 

EXAMENE PARACLINICE (conform anexei nr.1 la Regulament):

examen hematologic spirometrie RPS

examen biochimic

ECG

examen sumar urina

alte ulcer 4.6cm

EXAMENE SUPLIMENTARE:

Concluzii:

sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic: boala ulceroasă

**CONCLUZIE MEDICALĂ
pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	factori derisc:
Apt	<input checked="" type="checkbox"/> 01.01.2026
Apt condiționat	<input type="checkbox"/>
Inapt temporar	<input type="checkbox"/>
Inapt	<input type="checkbox"/>

Recomandări

supra m/f

Medic de medicină amuncii sau cu competențe în medicină amuncii

(nume, prenume, semnătura)

Data: 30.01.25

Data următorului examen medical: _____

