# Талон о прохождении дополнительного медицинского осмотра работника, занятого на работах с вредными и/или опасными производственными факторами

Приложение 2 к Письму ФСС РФ от 02.03.2006 N 02-18/06-1980

Образец

### ТАЛОН о прохождении дополнительного медицинского осмотра работника, занятого на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

------------------------------------------------------------------

¦Наименование медицинского учреждения ¦

+----------------------------------------------------------------+

¦Наименование работодателя ¦

+----------------------------------------------------------------+

¦Регистрационный номер страхователя ¦

+----------------------------------------------------------------+

¦Ф.И.О. застрахованного ¦

+----------------------------------------------------------------+

¦Дата рождения ¦

+----------------------------------------------------------------+

¦Отметки о прохождении врачей и проведенных ¦Подпись врача (Дата)¦

¦лабораторных и функциональных исследований:¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Терапевт ¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Эндокринолог ¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Хирург ¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Невролог ¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Офтальмолог ¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Уролог (для мужского населения) ¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Клинический анализ мочи ¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Исследование уровня холестерина в крови ¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Исследование уровня сахара в крови ¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Электрокардиография ¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Флюорография (1 раз в год) ¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦Маммография (для женщин в возрасте 40 - 55 ¦ ¦

¦лет 1 раз в 2 года) или УЗИ молочной железы¦ ¦

+-------------------------------------------+--------------------+

¦УЗИ предстательной железы (по медицинским ¦ ¦

¦показаниям) ¦ ¦

--------------------------------------------+---------------------

Отметка медицинского учреждения

(штамп) (подлежит возврату работодателю

после прохождения дополнительного

медицинского осмотра)

Источник - Письмо ФСС РФ от 02.03.2006 № 02-18/06-1980

Сохраните в закладки наш сайт: [Порядокправа.рф](https://порядокправа.рф)  
  
Прямая ссылка на документ: [https://порядокправа.рф/obrazecy/talon\_o\_proxozhdenii\_dopolnitelnogo\_medicinskogo\_osmotra\_rabotnika\_zanyatogo\_na\_rabotax\_s\_vrednymi\_i.htm](https://порядокправа.рф/talon_o_proxozhdenii_dopolnitelnogo_medicinskogo_osmotra_rabotnika_zanyatogo_na_rabotax_s_vrednymi_i.htm)