

**ŽÁDOST O PROVEDENÍ PRACOVNĚLÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY A
LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI
(podle vyhlášky č. 79/2013 Sb., ve znění č. 436/2017 Sb.)**

Evidenční číslo:

Posuzovaná osoba

Jméno a příjmení:		Druh vykonávané práce, režim práce:
Datum narození:	Trvalý pobyt:	
Pracovní zařazení:	Rizikové faktory práce a jejich míry vyjádřené kategorií práce:	
Druh požadované pracovní lékařské prohlídky a její důvod:		

Zaměstnavatel

Název:	IČO:
Adresa:	

Poskytovatel (zdravotnické zařízení)

Název:	Razítko:
IČO:	
Adresa:	

Lékař

Posudkový závěr: Výše uvedená posuzovaná osoba je*: <input type="checkbox"/> zdravotně způsobilá <input type="checkbox"/> zdravotně způsobilá s podmínkou: <input type="checkbox"/> zdravotně nezpůsobilá <input type="checkbox"/> pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost		
Poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání: Proti tomuto pracovní lékařskému posudku je možno podat podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotnických službách, návrh na jeho přezkoumání. Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, může do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Osoba, které uplatněním posudku vznikají práva nebo povinnosti a které byl posudek předán posuzovanou osobou, může návrh na přezkoumání lékařského posudku podat do 10 pracovních dnů ode dne jeho předání, a to poskytovateli uvedenému ve větě první. Práva na přezkoumání lékařského posudku se lze vzdát. Písemné prohlášení o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku nebo záznam o ústním sdělení o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku je součástí zdravotnické dokumentace; záznam stvrdí svým podpisem osoba, která se práva na přezkoumání lékařského posudku vzdala, a zdravotnický pracovník, který tento záznam provedl.		
Datum vydání posudku:	Termín provedení mimořádné prohlídky (je-li důvod):	Datum ukončení platnosti posudku:
Jméno a příjmení:	Podpis:	

* označte zaškrtnutím v příslušném okénku

Prokazatelné předání pracovnělékařského posudku

Datum:	Posuzovaná osoba:	Podpis:
Datum:	Zástupce zaměstnavatele:	Podpis: