

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI VČETNĚ  
ŽÁDOSTI O PROVEDENÍ PRACOVNĚLÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY  
A POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI**

<input type="checkbox"/>	VSTUPNÍ	<input type="checkbox"/>	VSTUPNÍ ZMĚNA PRACOVNÍCH PODMÍNEK	<input type="checkbox"/>	PERIODICKÁ	<input type="checkbox"/>	MIMOŘÁDNÁ	<input type="checkbox"/>	Absence v práci déle než 6 měsíců. Omezení platnosti původního posudku	<input type="checkbox"/>	součástí PERIODICKÉ MIMOŘÁDNÉ
--------------------------	---------	--------------------------	--------------------------------------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---	--------------------------	-------------------------------------

**Uchazeč** Zaměstnavatel hradí vstupní prohlídku

**DŮVOD K PROHLÍDCE**

<b>POSUZOVANÁ OSOBA UCHAZEČ O ZAMĚSTNÁNÍ, ZAMĚSTNANEC</b>	<b>ŽADATEL ZAMĚSTNAVATEL</b>
---	----------------------------------

<b>PŘÍJMENÍ A JMÉNO</b>	<b>NÁZEV</b>
-------------------------	--------------

<b>DATUM NAROZENÍ</b>	<b>OSOBNÍ ČÍSLO</b>	<b>IČO</b>
-----------------------	---------------------	------------

<b>ADRESA MÍSTA TRVALÉHO POBYTU NEBO ADRESA PŘECHODNÉHO POBYTU, NEBO BYDLIŠTĚ V ČR</b>	<b>ADRESA SÍDLA</b>
--	---------------------

<b>PRACOVNÍ ZAŘAZENÍ DRUH PRÁCE</b>	<b>DATUM VYSTAVENÍ</b>
-------------------------------------	------------------------

<b>PRACOVNÍ ZMĚNY</b>	<b>JMÉNO OPRÁV. OSOBY</b>
-----------------------	---------------------------

<b>PRACOVNÍ PRÁCE</b>	<b>PODPIS</b>
-----------------------	---------------

<b>REŽIM PRÁCE SMĚNOST</b>	<b>RAZÍTKO</b>
----------------------------	----------------

Žadatel tímto pověřuje posuzovanou osobu k prokazatelnému převzetí stejnopisu lékařského posudku určeného žadateli a posuzovaná osoba toto pověření přijímá.

Žadatel se vzdává práva podat návrh na přezkoumání lékařského posudku, bude-li jeho posudkový závěr znít, že posuzovaná osoba je způsobilá / způsobilá s podmínkou se stejnou podmínkou, kterou obsahoval předchozí lékařský posudek.

KÓD	RIZIKOVÉ FAKTORY PRACOVNÍCH PODMÍNEK, BEZPEČNOSTNÍ A ZDRAVOTNÍ RIZIKA	KATEGORIE	POZNÁMKA

**POSUDKOVÁ ČÁST**

POSUZOVANÁ OSOBA JE K VÝKONU PRÁCE NA ZÁKLADĚ ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝŠETŘENÍ A DALŠÍCH ZÁKONEM POŽADOVANÝCH DOKLADŮ DLE VÝŠE UVEDENÉ ŽÁDOSTI

<input type="checkbox"/>	ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÁ
<input type="checkbox"/>	ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÁ S PODMÍNKOU
<input type="checkbox"/>	ZDRAVOTNĚ NEZPŮSOBILÁ (jen u vstupních prohlídek)
<input type="checkbox"/>	POZBYLA DLOUHÉ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI Z DŮVODU OBECNÉHO ONEMOCNĚNÍ
<input type="checkbox"/>	POZBYLA DLOUHÉ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI NESMÍ KONAT DOSAVADNÍ PRÁCI Z DŮVODU NEMOCI Z POVOLÁNÍ, OHROŽENÍ NEMOCI
<input type="checkbox"/>	POZBYLA DLOUHÉ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI NESMÍ KONAT DOSAVADNÍ PRÁCI Z DŮVODU PRACOVNÍHO ÚRAZU
<input type="checkbox"/>	POZBYLA DLOUHÉ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI PŘIČINOST V ŠETŘENÍ

PLATNOST POSUDKU ZKRÁCENÉHO DO DATA – JEN POKUD JE TŘEBA OMEZIT JEHO PLATNOST  
DATUM PROVEDENÍ MIMOŘÁDNÉ PROHLÍDKY – POKUD JE TAKOVÝ POSTUP DŮVODNÝ

<b>DATUM VYDÁNÍ</b>	<b>JMÉNO, PŘÍJMENÍ PODPIS LÉKAŘE</b>	
---------------------	--	--

**PŘEVZETÍ**

**!** Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku (dále LP) vznikají práva nebo povinnosti, za to, že LP je nesprávný, může do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který LP vydal. Osoba, které uplatněním posudku vznikají práva nebo povinnosti a které byl LP předán posuzovanou osobou, může návrh na přezkoumání LP podat do 10 pracovních dnů ode dne jeho předání, a to poskytovateli uvedenému ve větě první. Práva na přezkoumání LP se lze vzdát. Návrh na přezkoumání LP nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzovaná, zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilosti, nejde-li o podmínku, která je v LP vydaném pro stejný účel uvedena opakovaně a spočívá v užívání určitého kompenzačně upraveného zařízení nebo zdravotnického prostředku.

**!** Posuzovaná osoba poskytl souhlas s provedením pracovnělékařské prohlídky, byla seznámena s jejími výsledky, s uvedenými rizikovými faktory, riziky i kategorií práce a s posudkovým závěrem tohoto posudku, včetně poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání níže, všemu plně porozuměla a lékařský posudek převzala včetně jednoho stejnopisu určeného žádajícímu, což níže stvrzuje svým vlastnoručním podpisem.

**POSUZOVANÁ OSOBA SE VZDÁVÁ PRÁVA NA ODVOLÁNÍ PROTI VÝSLEDKU TOHO LÉKAŘSKÉHO POSUDKU**

	<input type="checkbox"/>	<b>ANO</b>		<input type="checkbox"/>	<b>NE</b>
--	--------------------------	------------	--	--------------------------	-----------

<b>DATUM PŘEVZETÍ</b>	<b>ČÍSLO PRŮKAZU TOTOŽNOSTI</b>	<b>PODPIS</b>
-----------------------	-------------------------------------	---------------