

POUKAZ NA LÉKAŘSKOU PROHLÍDKU

PO VYPLNĚNÍ POSKYTOVATELEM PRACOVNĚLÉKAŘSKÝCH SLUŽEB JE DOKLADEM O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Vyplní zaměstnavatel ▼

ZAMĚSTNAVATEL / PODNIKAJÍCÍ OSOBA

--

Vyplní zaměstnavatel ▼

ZAMĚSTNANEC A PRACOVNÍ POZICE

Jméno, příjmení		Datum narození	
Pracovní pozice			
Další pozice			

RIZIKOVÉ FAKTORY DLE KATEGORIZACE PRACÍ

Rizikový faktor	Prach	Chemické látky	Hluk	Vibrace	Neionizující záření	Fyzická zátěž	Pracovní poloha	Zátěž teplem	Zátěž chladem	Psychická zátěž	Zraková zátěž	Biologické činitele	Zvýšený tlak
Kategorie													

RIZIKOVÉ FAKTORY DLE VYHLÁŠKY 79/2013 Sb.



DŘÍVE ZJIŠTĚNÁ OMEZENÍ

--

DALŠÍ POŽADAVKY VYŠETŘENÍ

DRUH PROHLÍDKY

	vstupní prohlídka
	periodická prohlídka
	výstupní prohlídka

Vyplní lékař, který provedl prohlídku ▼

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY

schopen/schopna výkonu práce	
schopen/schopna výkonu práce s omezením	
neschopen/neschopna výkonu práce	
Datum prohlídky	
podpis a razítko lékaře	

Vyplní zaměstnanec ▼

SEZNÁMENÍ ZAMĚSTNANCE S VÝSLEDKEM LÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY

Prohlašuji, že jsem se seznámil se závěrem tohoto zdravotního posudku a souhlasím. Mám-li za to, že je posudek nesprávný, mohu podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal, do 10 dnů od jeho prokazatelného předání. Podání tohoto návrhu nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že jsem pro posuzovaný účel zdravotně nezpůsobilý, zdravotně způsobilý s podmínkou nebo jsem pozbyl dlouhodobě zdravotní způsobilost.	Datum	
	Podpis zaměstnance	

Vyplní zaměstnavatel ▼

ROZHODNUTÍ O PRACOVNÍM ZAŘAZENÍ NA ZÁKLADĚ VÝSLEDKŮ PROHLÍDKY

	Datum	
	Podpis	