

Vážená paní, vážený pane,

formulář, který právě dostáváte do ruky je jednoduchým zdravotním dotazníkem. Údaje, které v něm uvedete, podléhají pravidlům Zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, Zákona č.20/1960 Sb., o péči o zdraví lidu a pravidlům lékařského tajemství. Žádné zdravotní údaje nebudou dány k dispozici třetí osobě, tedy ani Vašemu zaměstnavateli či úřadu, který posouzení zdravotního stavu požaduje. Dovoďte, abych Vás ujistil, že formulář slouží k maximálnímu urychlení průběhu lékařské prohlídky. Věřím, že se nám podaří zdržet Vás celou procedurou co nejméně.

Obsahem prohlídky je zejména přehled anamnézy se zaměřením na změny zdravotního stavu, rizikové faktory a profesní rizika. V rodinné anamnéze je důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, výskyt vysokého krevního tlaku, cukrovky, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění, kontrola očkování proti tetanu. U řidičů – profesionálů, řidičů referentských vozidel, obsluhy plavidel a držitelů zbrojního průkazu se provádí orientační vyšetření sluchu, zrakové ostrosti a barvocitu. Výsledkem prohlídky se zhodnocením dalších informací a okolností je potřebné pro rozhodnutí o Vaší způsobilosti k práci.

K prohlídce se, prosím, telefonicky objednejte v recepci tel.224383422. S sebou přineste vyplněný dotazník a vzorek ranní moče. Jste-li občanem se změněnou pracovní schopností a máte-li určenu „Pracovní rekomandaci“, vezměte toto rozhodnutí s sebou. Pokud u Vás bude posuzována i zdravotní způsobilost k řízení vozidla, přineste s sebou předvyplněné formuláře " Prohlášení" a " Posudku".

Za laskavou spolupráci děkujeme a těšíme se na setkání.

MUDr.Pavel Lindovský a kolektiv MEDLIN s.r.o.

Titul, příjmení a jméno: _____

Rodné číslo: _____ Zdravotní pojištění: _____

Adresa bydliště: _____

Číslo průkazu totožnosti: _____

Telefonní kontakt: _____

Zaměstnavatel: _____

Zaměstnán jako: _____

Změna pracovní schopnosti: **ANO** **NE** Invalidní důchod: **ANO** **NE**

Řidič – profesionál: **ANO** **NE** Řidič referentského vozidla: **ANO** **NE**

Stranová dominance: **Pravák** **Levák** **Přeučený levák**

Závažná onemocnění (cukrovka, vysoký tlak, onemocnění srdce, ledvin, jater, trávicího traktu, ...):

Infekční onemocnění a poruchy imunity (spála, revmatická horečka, TBC...):

Závažnější úrazy s trvalejšími následky (rok, druh a způsob léčby úrazu):

Operace (rok a druh provedeného výkonu):

Poruchy pohybového aparátu (bolesti zad, skolióza, bolesti kloubů...):

Datum očkování proti tetanu, případně dalších očkování (klíšťová encefalitida, žloutenky, ...):

Alergie:

Rodinná dispozice (cukrovka, vysoký tlak, onemocnění srdce, nádorová onemocnění...):

Otec - rok narození:

Matka - rok narození:

Sourozenci – pohlaví, rok narození:

Dlouhodobě užívané léky:

Datum:

Podpis:

Výška	cm	Váha	kg	TK	/	mmHg	Pulz	'	TAT:
Určíte:				Visus:	PO	/	Barvocit		Sluch
					LO	/			

Prohlášení posuzované osoby ke své zdravotní způsobilosti

(§ 84 zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů)

Jméno, popřípadě jména, a příjmení žadatele: _____
Adresa trvalého pobytu: _____
Datum narození: _____
Průkaz totožnosti,¹⁾ jeho číslo: _____
Skupina nebo podskupina řidičského oprávnění, ke které je prohlášení vydáváno: _____

Prohlašuji, že:

a) se cítím zdravý a že si nejsem vědom, že mám stav, vadu nebo nemoc, které jsou nebezpečné pro řízení motorového vozidla²⁾

b) se necítím zdravý, mám následující zdravotní obtíže²⁾:

c) se cítím zdravý, ale mám níže uvedený stav, vadu nebo nemoc³⁾:

d) užívám pravidelně následující léčivé přípravky²⁾:

e) užívám - užíval²⁾ jsem pravidelně - nepravidelně²⁾ tyto návykové látky

Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa registrujícího praktického lékaře, pokud není posuzujícím lékařem:

Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa odborného lékaře, popřípadě klinického psychologa, pokud se u něho žadatel opakovaně nebo dlouhodobě léčil:

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl úplně a pravdivě.

V _____, dne _____

podpis posuzované osoby: _____

1) Například občanský průkaz, u cizinců cestovní doklad, u uprchlíků doklad totožnosti.

2) Nehodící se škrtněte.

Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel

(podle zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, vyhlášky č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel ve znění vyhlášky č. 72/2011 Sb.)

Název zdravotnického zařízení, jehož jménem se posudek vydává, identifikační číslo, adresa sídla místa podnikání:

MEDLIN s.r.o. IČO 25660705 Kamýcká 1077, Praha 6-Suchdol

Jméno a příjmení posuzované osoby: _____

Datum narození: _____

Průkaz totožnosti, jeho číslo¹⁾: _____

Adresa místa trvalého pobytu posuzované osoby, popřípadě místo pobytu na území ČR, jde-li o cizince:

Skupina nebo podskupina řídičského oprávnění, ke které je posudek vydáván: _____

Druh lékařské prohlídky³⁾: vstupní periodická mimořádná výstupní jiná: _____

Posouzení podle: skupiny 1²⁾ skupiny 2²⁾ přílohy č. 3 vyhlášky

Posouzení proběhlo pro skupiny/ podskupiny řídičského oprávnění: _____

Dopravně psychologické vyšetření a vyšetření neurologické podle §87a zákona bylo provedeno:

a) ano²⁾, a to v roce _____

b) ne²⁾

Posuzovaná osoba:

a) je zdravotně způsobilá²⁾ pro skupinu/ podskupinu řídičského oprávnění _____

b) není zdravotně způsobilá²⁾ pro skupinu/ podskupinu řídičského oprávnění _____

c) je zdravotně způsobilá s podmínkou^{2,3)} pro skupinu/podskupinu řídičského oprávnění _____

Datum ukončení platnosti posudku⁴⁾ _____

Datum vydání posudku: _____

Poučení:

Proti tomuto posudku je možno do 15 dnů ode dne jeho prokazatelného obdržení podat návrh na jeho přezkoumání zdravotnickému zařízení, které posudek vydalo, a to prostřednictvím lékaře, který posudek vypracoval⁵⁾

Posuzovaná osoba se seznámila s posudkem a poučením.

Vzdávám se práva odvolání.

Dne _____ Podpis posuzované osoby: _____

1) Občanský průkaz, u cizinců cestovní doklad, popřípadě doklad prokazující totožnost držitele.

2) Nehodící se škrtněte.

3) Uvede se podmínka, která podmiňuje zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel (nezbytný zdravotnický prostředek, technická úprava vozidla nebo jiné omezení, například podrobení se odbornému vyšetření podmiňujícím zdravotní způsobilost a tím i platnost posudku).

4) Vyplní se v případech uvedených v §4 odst. 2 vyhlášky o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel.

5) §77 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.