

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 lidí 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.

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 Přeučení 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:
Urtest:				Visus:	PO	/	Barvocit		Sluch
					LO	/			

Prohlášení žadatele ke své zdravotní způsobilosti k držení střelné zbraně

Jméno a příjmení posuzované osoby _____

Datum narození _____

Průkaz totožnosti, jeho číslo _____

Adresa trvalého bydliště _____

1. *Cítíte se zdravý? Pokud ne, uveďte Vaše zdravotní obtíže.*

2. *Léčíte se nebo jste byl v minulosti soustavně léčen? Pokud ano, uveďte pro která onemocnění.*

3. *Užíváte pravidelně léky? Pokud ano, vyjmenujte jaké.*

4. *Byl jste v minulosti vyšetřen na neurologii? Pokud ano, uveďte v jaké souvislosti.*

5. *Byl jste v minulosti vyšetřen na psychiatrii? Pokud ano, uveďte v jaké souvislosti.*

6. *Byl jste v minulosti vyšetřen psychologem nebo jste vyplňoval psychologické testy? Pokud ano, uveďte v jaké souvislosti.*

7. *Byl jste v minulosti vyšetřen pro závislost na alkoholu či jiných návykových látkách?*

8. *Jste voják? Pokud ne uveďte důvody pokud jsou zdravotní.*

9. *Bylo Vám v minulosti ze zdravotních důvodů odmítnuto vydání zbrojního průkazu nebo řidičského průkazu? Pokud ano, uveďte pro jaké onemocnění.*

10. *Byl Vám v minulosti ze zdravotních důvodů zbrojní průkaz nebo řidičský průkaz odebrán? Pokud ano, uveďte pro jaké onemocnění.*

V Praze dne _____

Podpis žadatele: _____

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře: _____

Posudek o zdravotní způsobilosti k držení zbrojního průkazu

Jméno a příjmení posuzované osoby

Datum narození

Průkaz totožnosti, jeho číslo

Adresa trvalého bydliště

Na základě výsledku lékařské prohlídky **vstupní - periodické - mimořádné** posuzovaná osoba

- je zdravotně způsobilá**
- není zdravotně způsobilá**
- je zdravotně způsobilá za podmínky**
- je trvale zdravotně nezpůsobilá**

k držení zbrojního průkazu skupiny:

- A ke sběratelským účelům**
- B ke sportovním účelům**
- C k loveckým účelům**
- D k výkonu zaměstnání nebo povolání**
- E k ochraně zdraví, života nebo majetku**
- F k provádění pyrotechnického průzkumu**

Platnost posudku končí _____

datum vydání posudku: _____

MUDr.Pavel Lindovský

Poučení:

Proti tomuto posudku je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 1 až 5 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 285/2002 Sb., návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne jeho obdržení. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení, a to prostřednictvím lékaře, který posudek vypracoval. Ve zdravotnickém zařízení provozovaném lékařem, který poskytuje zdravotní péči vlastním jménem, se návrh podle předcházející věty podává tomuto lékaři. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení nebo lékař provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem návrhu nevyhoví, postoupí návrh jako odvolání do 30 dnů od jeho doručení správnímu úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci tohoto zdravotnického zařízení nebo je zřizovatelem tohoto zdravotnického zařízení.

Posuzovaná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne _____

Vzdávám se práva odvolání.

Podpis posuzované osoby _____