

# Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k práci

(vyplní zaměstnavatel)

Zaměstnavatel: \_\_\_\_\_

IČO zaměstnavatele: \_\_\_\_\_

Adresa zaměstnavatele: \_\_\_\_\_

Žádáme o provedení

- vstupní prohlídky do zaměstnání
- periodické preventivní prohlídky zaměstnance
- mimořádné zdravotní prohlídky zaměstnance
- výstupní prohlídky zaměstnance
- následné lékařské preventivní prohlídky.

Jméno a příjmení, tituly: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Kategorizace zaměstnance: \_\_\_\_\_

Pracovní pozice zaměstnance: \_\_\_\_\_

Adresa pracoviště: \_\_\_\_\_

Místo výkonu práce: \_\_\_\_\_

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

Invalidní důchod: ANO  NE  Změna pracovní schopnosti: ANO  NE

Zaměstnanec vykonává – má vykonávat následující pracovní činnost/činnosti:

Rizikový faktor pracovního prostředí:

- PRACH \_\_\_\_\_
- CHEMICKÉ LÁTKY: KANCEROGENY \_\_\_\_\_  
MUTAGENY \_\_\_\_\_  
DRÁŽDIVÉ LÁTKY \_\_\_\_\_  
ALERGENY \_\_\_\_\_
- HLUK \_\_\_\_\_
- ULTRAZVUK \_\_\_\_\_
- VIBRACE \_\_\_\_\_
- IONIZUJÍCÍ ZÁŘENÍ \_\_\_\_\_
- NEIONIZUJÍCÍ ZÁŘENÍ \_\_\_\_\_
- ELEKTROMAG. POLE \_\_\_\_\_
- FYZICKÁ ZÁTĚŽ \_\_\_\_\_
- PRACOVNÍ POLOHA \_\_\_\_\_
- ZÁTĚŽ TEPEM \_\_\_\_\_
  - PRÁCE S TRVALÝM POBYTEM VENKU (> 4 hodiny/směnu)
  - STŘÍDÁNÍ POBYTU V TEPLE A CHLADU (> 15 krát za směnu)

- ZÁTĚŽ CHLADEM \_\_\_\_\_
- PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ \_\_\_\_\_
  - PRÁCE VE VNUCENÉM PRACOVNÍM TEMPU
  - PRÁCE POD ČASOVÝM TLAKEM
  - ZVÝŠENÁ HMOTNÁ ODPOVĚDNOST
  - ZVÝŠENÁ MORÁLNÍ ODPOVĚDNOST
  - ZVÝŠENÉ NÁROKY NA SOCIÁLNÍ INTERAKCE
- ZRAKOVÁ ZÁTĚŽ \_\_\_\_\_
  - PRÁCE SE ZOBRAZOVACÍMI JEDNOTKAMI
  - PRÁCE S MALÝMI ČÁSTICEMI A DETAILS
  - PRÁCE S ROZEZNÁVÁNÍM BAREVNÝCH TÓNŮ
- PRÁCE S BIOLOGICKÝMI ČINITELI \_\_\_\_\_
- PRÁCE VE ZVÝŠENÉM TLAKU VZDUCHU \_\_\_\_\_
- PRÁCE VE SMĚNNÉM PROVOZU \_\_\_\_\_
- PRÁCE VE VÝŠKÁCH \_\_\_\_\_
- ZVÝŠENÉ RIZIKO ÚRAZU \_\_\_\_\_

Datum předpokládaného nástupu do pracovního poměru: \_\_\_\_\_

Datum přijetí do pracovního poměru: \_\_\_\_\_

**Jménem zaměstnavatele pověřuji výše uvedeného zaměstnance k převzetí posudku vydaného na základě této žádosti.**

Datum a podpis pracovníka osobního oddělení: \_\_\_\_\_

**Pověření k převzetí posudku přijímám.**

Datum a podpis zaměstnance: \_\_\_\_\_

(vyplní zaměstnanec a zaměstnavatel)

Titl.:       registrující praktický lékař

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,  
dovoluji si Vás tímto požádat o laskavé zaslání výpisu ze zdravotní dokumentace Vašeho registrovaného pacienta / pacientky pro účely posouzení zdravotní způsobilosti k práci ve smyslu Rámcové úmluvy č.89/391/EHS, zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č.373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Úhrada nákladů za provedení výpisu z dokumentace bude zaměstnavatelem proplacena na základě vystaveného daňového dokladu.

Za spolupráci děkuji a zdravím!

Za MEDLIN s.r.o., smluvní zdravotnické zařízení pro pracovní lékařskou péči  
Kamýcká 1077, Praha 6-Suchdol PSČ 165 00

MUDr.Pavel Lindovský

Zaměstnanec / uchazeč o zaměstnání:

Paní / pán: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

Typ prohlídky:

- vstupní prohlídka do zaměstnání
- periodická prohlídka zaměstnance
- výstupní zdravotní prohlídka
- mimořádná zdravotní prohlídka

důvod mimořádné zdravotní prohlídky:

prosíme o laskavé doplnění zdravotních informací, souvisejících s důvodem mimořádné prohlídky

Žádost jsem převzal/a dne: \_\_\_\_\_

S poskytnutím mých zdravotních údajů lékaři pracovní lékařské péče, v rozsahu nutném pro posouzení mé zdravotní způsobilosti k práci, souhlasím.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis zaměstnance / uchazeče o zaměstnání:

\_\_\_\_\_

**Upozornění:** vyplněné formuláře musí být dodány lékaři pracovní lékařské péče před provedením klinického vyšetření preventivní prohlídky.

## Výpis ze zdravotní dokumentace

(vyplní praktická lékařka nebo praktický lékař zaměstnance)

Paní / pán: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

### Operace, úrazy, vady, deformity, abnormality aktuálního zdravotního stavu:

Pacient **má / nemá** statut občana se změněnou pracovní schopností nebo občana zdravotně znevýhodněného, **bylo / nebylo** požádáno o přiznání takového statusu.

Jmenovaný/á prodělal/a v období od – do \_\_\_\_\_, event. se léčil/a na některou z následujících nemocí:

- Infekční a parazitární nemoci
- Novotvary
- Organické duševní poruchy
- Závažné duševní poruchy a poruchy chování
- Schizofrenie
- Abusus a závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách
- Záchvatovité poruchy
- Systémové atrofie CNS
- Demyelinizující nemoci CNS
- Extrapyramidové a pohybové poruchy
- Degenerativní poruchy CNS
- Jiné závažné nemoci nervové soustavy
- Nemoci krve a krevtovorných orgánů
- Poruchy imunity, alergie
- Nemoci endokrinní, látkové přeměny a výživy
- Nemoci oka a očních adnex, pokud snižují vizus nebo mění rozsah zorného pole, způsobují závažné poruchy vidění
- Nemoci ucha a bradavkovitého výběžku  
Byl-li pacient v minulosti vyšetřen pro poruchu sluchu, přiložte kopii nálezu.
- Arteriální hypertenze, stadium, kompenzace
- Nemoci srdce a cév
- Jiné nemoci oběhové soustavy
- Nemoci dýchací soustavy  
Byl-li pacient v minulosti vyšetřen pro dg. AB nebo COPD, přiložte kopii nálezu.
- Nemoci trávicí soustavy
- Závažné nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně
- Závažné nemoci močové soustavy
- Závažné nemoci pohlavní soustavy

Invalidní důchod: ANO  NE

Změna pracovní schopnosti: ANO  NE

Přiložené odborné nálezy:

Funkční zhodnocení současného zdravotního stavu:

Jiná sdělení:

Datum, podpis a razítko registrujícího praktického lékaře: \_\_\_\_\_