

## Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k práci

Zaměstnavatel: \_\_\_\_\_

Adresa zaměstnavatele: \_\_\_\_\_

Žádáme o provedení

- samostatného lékařského vyšetření dle §99 Zákoníku práce
- lékařského vyšetření mladistvých
- následné lékařské preventivní prohlídky
- vstupní prohlídky do zaměstnání
- periodické preventivní prohlídky zaměstnance
- mimořádné zdravotní prohlídky zaměstnance
- výstupní prohlídky zaměstnance

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 TEPLEM \_\_\_\_\_
  - PRÁCE S TRVALÝM POBYTEM VENKU (> 4 hodiny/směnu)
  - STRÍDÁNÍ POBYTU V TEPLE A CHLADU (> 15 krát za směnu)
- ZÁTĚŽ CHLADEM \_\_\_\_\_
- PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ \_\_\_\_\_
  - PRÁCE VE VNUCENÉM PRACOVNÍM TEMPU
  - PRÁCE POD ČASOVÝM TLAKEM
  - ZVÝŠENÁ HMOTNÁ ODPVĚDNOST
  - ZVÝŠENÁ MORÁLNÍ ODPVĚDNOST
  - 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: \_\_\_\_\_

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

## Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k práci

### Výpis ze zdravotní dokumentace pacienta

Jméno a příjmení, tituly: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

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
- Abuzus a závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách
- Záchvatovité poruchy
- Systémové atrofie CNS
- Demyelinizující nemoci CNS
- Extrapiramidové a pohybové poruchy
- Degenerativní poruchy CNS
- Jiné závažné nemoci nervové soustavy
- Nemoci krve a krvetvorných 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
- Arteriální hypertenze, stadium, kompenzace
- Nemoci srdce a cév
- Jiné nemoci oběhové soustavy
- Nemoci dýchací soustavy, vedoucí k trvalému omezení kardiopulmonální funkce
- Nemoci trávicí soustavy
- Závažné nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně
- Závažné nemoci močové soustavy
- Závažné nemoci pohlavní soustavy

Byla v posledních třech letech vystavena dočasná pracovní neschopnost na dobu delší, než 3 týdny? Pro jakou diagnózu?

Příložené odborné nálezy:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jiná sdělení:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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