

Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k práci

(vyplní zaměstnavatel)

Zaměstnavatel: _____

IČ 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 TEPLEM _____

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

Zdravotní středisko Kamenice nad Lipou v.o.s.
Masarykova 355, 394 70 Kamenice nad Lipou

MUDr.Petra Koudelková

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 pracovně lékařské péče, v rozsahu nutném pro posouzení méj zdravotní způsobilosti k práci, souhlasím.

Datum: _____

Podpis zaměstnance / uchazeče o zaměstnání:

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

Výpis ze zdravotní dokumentace

(vyplní praktická lékařka nebo praktický lékař zaměstnance)

Paní / pan: _____

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 statutu.

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 Extrapyramidové a pohybové
- poruchy Degenerativní poruchy CNS
- Jiné závažné nemoci nervové soustavy
- Nemoci krve a krevtovných 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: _____