|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI**  zpracovaná ve smyslu odst. (1), § 42, zákona č. 373/2011 Sb., úz | | | | | | | | | | |
| **A. Identifikační údaje** | | |  | | **A1. Evidenční číslo žádosti:** | | | | | Z2016110101 |
| **A2.1 Zaměstnavatel** | | |  | | **A3. Zaměstnanec / uchazeč o zaměstnání** | | | | | |
| **Firma, s.r.o.**  Ulice + čp  PSČ + Obec  IČ: XXX YY ZZZ | | | | | **Jméno a příjmení:** | | |  | | |
| Ulice + čp: | | |  | | |
| PSČ + Obec: | | |  | | |
| Datum narození: | | |  | | |
| Rodné číslo: | | |  | | |
| **A2.2 Provozovna:** | | | Název a adresa provozovny | | | | | | | |
| **B. Údaje o práci** | | | | | | | | | | |
| **B1. Profese:** | | | **Zubní lékař(ka)** | | | | | | | |
| **B2. Druh práce:** | | | | | | | | | | |
| Poskytování odborné péče o chrup, dutinu ústní a orgány s ní anatomicky a funkčně související.  Poskytování léčebné a preventivní péče.  Revizní a posudkové činnosti.  Vedení zdravotní dokumentace a související administrativní práce. | | | | | | | | | | |
| **B3. Režim práce:** | | Jednosměnný | | | **B4. Pracovní doba:** | | | | 8:00 – 15:00 | |
| **B4. Kategorizace prací:** | | | | | | | | | | |
| Prach: 1, chemické látky: 1, **hluk: 2**, vibrace: 1, neionizující záření a elektromagnetické pole: 1, **fyzická zátěž: 2**, pracovní poloha: 1, zátěž teplem: 1, zátěž chladem: 1, **psychická zátěž: 2**, zraková zátěž: 1, práce s biologickými činiteli: 1, práce ve zvýšeném tlaku vzduchu: 1 | | | | | | | | | | |
| **B5.1 Rizika ohrožení zdraví:** | | | | | | | | | | |
| Součástí práce jsou níže uvedená rizika ohrožení zdraví, dle části II, přílohy 2, vyhlášky č. 79/2013 Sb., úz: | | | | | | | | | | |
|  | 1. Práce ve školách | | | | |  | 8. Práce v hlubinných dolech | | | |
|  | **2. Činnosti epidemiologicky závažné** | | | | |  | 9. Práce ve výškách a nad volnou hloubkou 10m s OOPP | | | |
|  | 3. Obsluha jeřábů, výtahů, důlních a stavebních strojů | | | | |  | 10. Práce záchranářů | | | |
|  | 4. Obsluha motorových manipulačních vozíků | | | | |  | 11. Práce v klimaticky a epidem. náročných oblastech | | | |
|  | 5. Řízení motorových vozidel „referentských“ | | | | |  | 12. Hlasová zátěž | | | |
|  | 6. Obsluha řídících center a velínů | | | | |  | 13. Noční práce | | | |
|  | **7. Obsluha tlakových nádob**, nakládání s výbušninami | | | | |  |  | | | |
| **B5.2 Další činnosti, mající vliv na lékařskou prohlídku:** | | | | | | | | | | |
| - | | | | | | | | | | |
| **B5.3 Mladistvý zaměstnanec(kyně):** | | | | NE | | | | | | |
| **B5.4 Další rizikové faktory pracovních podmínek** | | | | | | | | | | |
| - | | | | | | | | | | |
| **C. Druh požadované pracovnělékařské prohlídky** | | | | | | | | | | |
| **Vstupní pracovnělékařská prohlídka** | | | | | | | | | | |
| **D. Důvod k provedení pracovnělékařské prohlídky** | | | | | | | | | | |
| Přijetí zaměstnance k práci a nutnost ověření jeho zdravotní způsobilosti k této práci. | | | | | | | | | | |
| **E. Potvrzení o vydání žádosti:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| V………………………………………………., dne…………………………….., za zaměstnavatele: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | ………………………………………. | |
|  | | | | | | | | | jméno, příjmení a podpis | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LÉKAŘSKÝ POSUDEK** | | | | | | | | | | | | |
| vyhotovený v souladu s § 42, zákona č. 373/2011 Sb., úz, na základě žádosti č.: | | | | | | | | | | | Z2016110101 | |
| **A. Identifikační údaje** | | | **A1. Evidenční číslo posudku:** | | | | | | | | P2016110101 | |
| **A2.1 Zaměstnavatel** | | | **A3. Poskytovatel pracovnělékařských služeb** | | | | | | | | | |
| **Firma, s.r.o.**  Ulice + čp  PSČ + Obec  IČ: XXX YY ZZZ | | | **MUDr. Franta Flinta, s.r.o.** | | | | | | | | | |
| Ulice + čp  PSČ + Obec  IČ: XXX YY ZZZ | | | | | | |  | | |
| RAZÍKO  A PODPIS  LÉKAŘE | | |
| **A2.2 Provozovna:** | | |
| Název provozovny  Adresa provozovny | | |
| **A4. Zaměstnanec / uchazeč o zaměstnání (= posuzovaná osoba)** | | | | | | | | | | | | |
| **Jméno a příjmení** | | | **Zubní lékař(ka)** | | | | | | | | | |
| Ulice + čp  PSČ + Obec | | | Režim práce: | | | | | Jednosměnný | | | | |
| Datum narození: |  | | Pracovní doba: | | | | | 8:00 – 15:00 | | | | |
| RČ: |  | |  | | | | | | | | | |
| **B1. Další informace o práci a její rizikovosti** | | | | | | | | | | | | |
| Viz informace uvedené na druhé straně listu (v žádosti o prohlídku), v bodech B2; B4; B5.1; B5.2; B5.3 a B5.4. | | | | | | | | | | | | |
| **C. Účel vydání posudku** | | | | | | | | | | | | |
| Posudek se vydává za účelem posouzení zdravotní způsobilosti posuzované osoby (jméno a příjmení) k práci a to na základě písemné žádosti (ev. č. viz horní pravý roh posudku), z důvodu:  Přijetí zaměstnance k práci a nutnost ověření jeho zdravotní způsobilosti k této práci.  Posouzení zdravotní způsobilosti zaměstnance / uchazeče o zaměstnání bylo provedeno formou:  Vstupní pracovnělékařská prohlídka | | | | | | | | | | | | |
| **D1.1. Posudkový závěr** | | | | | | | | | | | | |
| Posuzovaný zaměstnanec / uchazeč o zaměstnání jméno a příjmení, je pro svou profesi / práci a pro pracovní činnosti, které bude v rámci této profese / práce u zaměstnavatele vykonávat (lékař zakřížkuje odpovídající možnost, zbylé nehodící se přeškrtne): | | | | | | | | | | | | |
| **Zdravotně způsobilý(á)** | | | | | | **Zdravotně nezpůsobilý(á)** | | | | | | |
| **Zdravotně způsobilý(á) s podmínkou** | | | | | | **Dlouhodobě pozbyl(a) zdravotní způsobilost** | | | | | | |
| **D1.2 Vyjádření lékaře** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **E. Poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání (odst. (1), (3), § 46, zákona č. 373/2011 Sb., úz)** | | | | | | | | | | | | |
| Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti za to, že lékařský posudek je nesprávný, může do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Osoba, které uplatněním posudku vznikají práva nebo povinnosti a které byl posudek předán posuzovanou osobou, může návrh na přezkoumání lékařského posudku podat do 10 pracovních dnů ode dne jeho předání, a to poskytovateli uvedenému ve větě první. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost. | | | | | | | | | | | | |
| **F. Datum vydání tohoto posudku:** | |  | | | **G. Datum ukončení platnosti posudku:** | | | | | | |  |
| **H. Potvrzení o převzetí posudku** | | | | | | | | | | | | |
| Jedno vyhotovení posudku a to včetně případných příloh, přebírá a toto převzetí stvrzuje svým podpisem: | | | | | | | | | | | | |
| **H1. Posuzovaná osoba:** | | | |  | | | **H2. Oprávněná osoba zaměstnavatele:** | | | | | |
|  | | | | | | | č. OP: | |  | | | |
| Datum a podpis: ………………………………………………... | | | | | | | Datum a podpis: ………………………………………………... | | | | | |
| Odmítá převzít posudek\* | | | | | | | Odmítá převzít posudek\* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Datum ………………………….., podpis (lékaře)…………………….., podpis (další zdravotnický pracovník)……….……………. | | | | | | | | | | | | |
| *\*Zakřížkuje se a podepíše posuzující lékař a další přítomný zdravotnický pracovník.* | | | | | | | | | | | | |