**LÉKAŘSKÝ POSUDEK**

 **Evidenční číslo:**

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího lékařský posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzované osoby:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu (popř. místo pobytu na území ČR, jde-li o cizince):

Účel vydání posudku (*označit a doplnit obor zdravotní péče):* **Posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu povolání: lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka, jiného odborného pracovníka v oboru:**

……………………………….....…………………………………...……………………………………

**POSUDKOVÝ ZÁVĚR** Posuzovaná osoba

1. je zdravotně způsobilá
2. je zdravotně nezpůsobilá
3. je zdravotně způsobilá s omezením \*), \*\*)[[1]](#footnote-1)
4. pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost

**Poučení:** Podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., 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, nebo se může vzdát práva na přezkoumání lékařského posudku. Pokud poskytovatel návrhu na přezkoumání lékařského posudku nevyhoví v plném rozsahu, postoupí jej do 10 pracovních dnů ode dne jeho doručení, příslušnému správnímu orgánu. Návrh na přezkoumání nemá odkladný účinek, s výjimkou, je-li učiněn závěr, že je posuzovaná osoba k práci zdravotně způsobilá.

………………………………… …………………………………………..

Datum vydání lékařského posudku Jméno, příjmení a podpis posuzujícího lékaře

Posuzovaná osoba převzala lékařský posudek do vlastních rukou

dne:………………………………………..

 Podpis posuzované osoby: ……………………………….

1. *\*) Bylo- li zjištěno, že posuzována osoba je zdravotně způsobilá s omezením, uvede se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k výkonu povolání.*

*\*\*) Datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěné zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost.* [↑](#footnote-ref-1)