

Žádost o provedení pracovnělékařské prohlídky a posouzení zdravotní způsobilosti ve vztahu k práci

Identifikační údaje zaměstnavatele			
Název		IČ	
Adresa sídla			
Kontaktní osoba		Tel:	E-mail
Identifikační údaje posuzované osoby (zaměstnance/uchazeče o zaměstnání)			
Jméno		Příjmení	
Datum narození		Trvale bytem	
Údaje o práci, kterou má posuzovaná osoba u zaměstnavatele vykonávat			
Popis výkonu práce			
Pracovní zařazení			
Pracovní režim	<input type="checkbox"/> 1směnný <input type="checkbox"/> 2směnný <input type="checkbox"/> 3směnný <input type="checkbox"/> nepřetržitý	Délka směn	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> jiná hod.
Zdravotní rizika (faktory) a jejich míra: kategorie 2 až 4- URČIT a VYPISAT ČÍSLEM u každého zaškrtnutého faktoru	<input type="checkbox"/> fyzická zátěž – kategorie <input type="checkbox"/> pracovní polohy – kategorie <input type="checkbox"/> hluk – kategorie <input type="checkbox"/> zátěž teplem – kategorie <input type="checkbox"/> zátěž chladem – kategorie <input type="checkbox"/> zraková zátěž – kategorie <input type="checkbox"/> psychická zátěž – kategorie	Jiná zdravotní rizika: _____ - kategorie__ _____ - kategorie__ _____ - kategorie__ _____ - kategorie__ _____ - kategorie__ _____ - kategorie__	
Bezpečnostní rizika a jejich míra:	<input type="checkbox"/> noční práce <input type="checkbox"/> práce ve výškách (na žebříku) nad 10 metrů <input type="checkbox"/> hlasová zátěž <input type="checkbox"/> řízení motorových vozidel, pokud je obvyklou součástí výkonu práce (nikoliv druhem práce) nebo pokud jsou do místa výkonu práce přepravovány další osoby <input type="checkbox"/> obsluha a řízení motorových a elektrických vozíků a obsluha vysokozdvíhových vozíků jiná: _____ jiná: _____ jiná: _____		
Druh požadované prohlídky			
<input type="checkbox"/> Vstupní – hradí uchazeč	<input type="checkbox"/> Periodická	<input type="checkbox"/> Mimořádná – důvod provedení	<input type="checkbox"/> Výstupní
Za zaměstnavatele			
Jméno		Pozice	
Datum		Podpis	
<input type="checkbox"/> Zároveň pověřuji v souladu s § 44 odst. 2 písm. a) zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, výše uvedenou posuzovanou osobu k převzetí lékařského posudku vydaného na základě této žádosti jménem zaměstnavatele jakožto osoby, která o posouzení zdravotní způsobilosti požádala.			

K prohlídce je nutný výpis ze zdravotní dokumentace od registrujícího lékaře