

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Sídlo:



VYPLNÍ ZAMESTNÁVATEĽ

TITUL, MENO A PRIEZVISKO ZAMESTNANCA:

DÁTUM NARODENIA:

BYDLISKO:

NÁZOV / ADRESA ZAMESTNÁVATEĽA:

PREVÁDZKA:

riziková

neriziková

PRACOVNÉ ZARADENIE ZAMESTNANCA:

TYP LEKÁRSKEJ PREHLIADKY:

- Vstupná (pred uzatvorením pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu alebo pred začatím výkonu práce)
- Periodická (v súvislosti s výkonom práce)
- Výstupná (pri skončení pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu alebo pri skončení výkonu práce zo
- Pred zmenou pracovného zaradenia
- Po skončení pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu, na požiadanie zamestnanca
- Mimoriadna

PRACOVNÉ FAKTORY / KATEGÓRIA RIZIKA

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hluk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Karcinogény | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Optické žiarenie UV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Teplo / chlad |
| <input type="checkbox"/> Vibrácie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ionizujúce žiarenie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Optické žiarenie IR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Psychická |
| <input type="checkbox"/> BF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> EMG žiarenie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Optické žiarenie LASER | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fyzická záťaž |
| <input type="checkbox"/> CHF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Faktory spôsobujúce vznik profesionálnych kožných ochorení | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pretlak/podtl |
| <input type="checkbox"/> Pevné aerosóly | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Faktory spôsobujúce profesionálne alergické ochorenia dýchacích ciest alebo očných spojoviek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DRUHY VYKONÁVANÝCH PRÁC A ČINNOSTÍ

- | | | | | |
|--|--------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Práca v noci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Elektrotechnik a revízny technik | <input type="checkbox"/> do 1000V | <input type="checkbox"/> nad 1000V |
| <input type="checkbox"/> Práca vo výškach nad 1,5 m | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Kuriči nízkotlakových kotlov | | |
| <input type="checkbox"/> Vodič motorového vozíka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Práca s azbestom | | |
| <input type="checkbox"/> Vedenie motor. vozidla skupiny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Výkon zdravotníckeho povolania | | |
| <input type="checkbox"/> Práca mladistvých | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Práca vo výbušnom prostredí | | |
| <input type="checkbox"/> Práca so zobrazovacími jednotkami | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Prehliadka tehotných a dojčiacich žien | | |
| <input type="checkbox"/> Obsluha plynových zariadení | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zváranie a rezanie elektrickým | | |
| <input type="checkbox"/> Obsluha tlakových zariadení | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zváranie a rezanie plameňom | | |
| <input type="checkbox"/> Obsluha zdvíhacích zariadení | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Viazáč bremien | | |
| <input type="checkbox"/> Ručná manipulácia s bremenami | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Iné | <input type="checkbox"/> | | | |
- Podpis a pečiatka zamestnávateľa

VYPLNÍ LEKÁR

ZÁVER LEKÁRSKEJ PREHLIADKY NA ZÁKLADE VYKONANÝCH VYŠETRENÍ

Zamestnanec predložil lekársku dokumentáciu (za predchádzajúce 2 roky)

- Spôsobilý na výkon posudzovanej práce
- Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením, uviesť časové obmedzenie *
- Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s trvalým obmedzením *
- Dočasne nespôsobilý na výkon posudzovanej práce, uviesť časové obmedzenie *
- Dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce

Výsledok screeningového vyšetrenia očí a vyšetrenia farbcitu:

Dátum LP: V

dňa:

Podpis a pečiatka lekára

VYPLNÍ ZAMESTNANEC

Svojim podpisom potvrdzujem, že som lekára informoval o všetkých mne známych skutočnostiach o svojom zdravotnom stave a nič som nezatajil. Zároveň potvrdzujem, že som absolvoval lekársku prehliadku a bol som oboznámený s výsledkami lekárskej prehliadky, porozumel som poučeniu a prevzal som vyhotovenie zdravotného posudku, ktoré odovzdám zamestnávateľovi.

Podpis zamestnanca

Poučenie: Ak sa osoba domnieva, že rozhodnutie zdravotníckeho pracovníka v súvislosti so zdravotnou spôsobilosťou na výkon prác v hore uvedenom pracovnom zaradení je nesprávne, má právo požiadať poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nápravu v zmysle §17 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.