|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAMĚSTNAVATEL:** | | **VFN v Praze, U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2, IČO: 00064165** | |
| Pracoviště/NS1: |  | Jméno odpovědného pracovníka1: |  |
| Telefon1: |  |
| Číslo jednací: (vyplní poskytovatel pracovnělékařských služeb)\* | |  | |

**Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k práci**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POSUZOVANÁ OSOBA (jméno, příjmení, titul)**1**:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresa místa trvalého pobytu2: | | Trvalé2:  Korespondeční2: | | | | | | Zdravotní pojišťovna2: | | |  | | | | | | | |
| Rodné číslo/číslo pojištěnce2: | | |  | | | | | | | |
| Datum narození1: | | |  | | | | | | | |
| Pracovní funkce - zařazení1: | | | |  | | | | | | | | | Úvazek1: | |  | | | |
| **DRUH LÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY**1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vstupní (zahrnuje riziko+profesi) | | | | | | |  | Periodická dle rizikového faktoru ve stupni 2 a 3 (příslušný stupeň) | | | | | | | | |  | |
| Mimořádná | | | | | | |  | Periodická dle profese (zaškrtněte příslušnou činnost) | | | | | | | | |  | |
| Výstupní | | | | | | |  | Periodická komplexní (zahrnuje riziko+profesi) | | | | | | | | |  | |
| Důvod provedení mimořádné prohlídky | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Pro zaměstnance, jejichž práce je zařazena do kategorie 2R a 3 a dále všech zaměstnanců (včetně kategorie 1 a 2) I. interní kliniky, Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Oční kliniky, Onkologické kliniky, Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky, Ústavu patologie, Ústavu soudního lékařství a toxikologie, Ústavu nukleární medicíny a u všech zaměstnanců VFN, kteří pracují v riziku ionizujícího záření kategorie A dle „atomového zákona“ realizuje všechny prohlídky Klinika pracovního lékařství. Prohlídky pro ostatní zaměstnance jsou realizovány v Centru primární péče. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. Rizikové faktory dle kategorizace prací uvedené pracovní pozice (v případě rizika 2, 2R a 3)\*\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prach | Chemické látky | Fyzická zátěž | Hluk | | Vibrace | Nucená pracovní poloha | | Psychická zátěž | Zraková zátěž | Zátěž chladem | | Zátěž teplem | | Neionizující záření | | Biologický činitel | | |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Výsledná kategorie práce dle kategorizace:\*\*** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **II. Práce nezahrnuté do rizikových faktorů dle kategorizace prací (dle profese)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Práce v noci | | | | | | | |  | Práce ve výškách | | | | | | | | |  |
| Obsluha tlakových nádob | | | | | | | |  | Práce na elektrických zařízeních pod proudem dle vyhlášky č. 50/1978 Sb., v platném znění | | | | | | | | |  |
| Práce s ionizujícím zářením (pouze pracovníci v kat. A) | | | | | | | |  | Práce s PC (nad 4 hod. za směnu) | | | | | | | | |  |
| Práce s cytostatiky | | | | | | | |  | Svářeč | | | | | | | | |  |
| Řízení služebního motorového vozidla referent | | | | | | | |  | Obsluha vysokozdvižných vozíků | | | | | | | | |  |
| Řízení motorového vozidla s profesní způsobilostí (sk. C atd.) | | | | | | | |  | Obsluha křovinořezů, motorových pil | | | | | | | | |  |
| Práce ve stravovacím provozu (zdravotní průkaz) | | | | | | | |  |  | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| V |  | Dne |  |  |
|  | | | | Jméno, příjmení a podpis odpovědného zaměstnance |

**Pokyny pro vyplnění:**

**\*** Číslo jednací: lékařský posudek (LP)/pořadové číslo v daném roce/VFN/daný rok/značka jména lékaře, který posudek vydal.

**1** v případě periodické prohlídky dle rizikového faktoru ve stupni 2R a 3 vyplňte v části I. příslušný rizikový faktor.

V případě periodické prohlídky dle profese vyplňte část II.

V případě vstupní, periodické komplexní nebo výstupní prohlídky vyplňte obě části.

**\*\*** Uvádějte číselné označení kategorie (t.j. 2, 2R nebo 3) nikoliv žádným jiným způsobem

**1** VYPLŇUJE VEDOUCÍ ZAMĚSTNANEC

**2** VYPLŇUJE ZAMĚSTNANEC – NENÍ POVINNÉ

**lékařský posudek O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI**

(Veškeré informace - viz řídicí dokument PP-VFN-072 Pracovnělékařské prohlídky, který je nedílnou součástí tohoto formuláře.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **POSUZOVANÁ OSOBA (jméno, příjmení, titul):** | |  | | |
| **Datum zdravotní prohlídky:** | |  | | |
| **ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÝ/Á** |  | | **ZDRAVOTNĚ NEZPŮSOBILÝ/Á (pouze**  **u vstupní prohlídky)** |  |
| **ZDRAVOTNĚ ZPůSOBILÝ/Á POUZE ZA SPLNĚNÍ TĚCHTO PODMÍNEK (uvést konkrétní podmínky):** | 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Výstupní prohlídka provedena** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **POZBYL/A DLOUHODOBĚ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOST PRO** | Pracovní úraz |  |
| Nemoc z povolání |  |
| Obecné onemocnění |  |
| Jiné |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum vydání lékařského posudku | | | | |
| V |  | Dne |  |  |
|  | | | | Jméno, příjmení a podpis lékaře, razítko |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poučení:** Proti tomuto posudku je možno podat poskytovateli pracovnělékařské služby podle ust. § 46 odst. 1 zák. č. 373/2011 Sb. do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání návrh na jeho přezkoumání řediteli Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Pokud ředitel VFN návrhu na přezkoumání nevyhoví v plném rozsahu, postoupí jej příslušnému správnímu orgánu. Práva na přezkoumání lékařského posudku se lze rovněž vzdát, a to buď formou písemného prohlášení o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku nebo formou záznamu o ústním sdělení o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku. 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. Posuzovaná osoba, pro kterou v souvislosti s vydáním tohoto posudku vyplývají povinnosti, se seznámila s posudkem a poučením. | | | | |
| POSUZOVANÁ OSOBA PŘEVZALA LÉKAŘSKÝ POSUDEK DO VLASTNÍCH RUKOU A BERE NA VĚDOMÍ JEHO OBSAH A ŽE JE SOUČASNĚ POVINNA PRACOVNÍ POSUDEK NEPRODLENĚ PŘEDAT VEDOUCÍMU ZAMĚSTNANCI/OSOBĚ POVĚŘENÉ.  Zaměstnanec se vzdává práva na přezkoumání lékařského posudku:  ANO  NE | | | | |
| V |  | Dne |  |  |
|  | | | | Podpis posuzované osoby |

Za zaměstnavatele se osoba pověřená (vedoucí zaměstnanec) vzdává práva na přezkoumání lékařského posudku:

 ANO  NE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| V |  | Dne |  |  |
|  | | | | Jméno, příjmení a podpis vedoucího zaměstnance |

Za zaměstnavatele lékařský posudek převzala osoba pověřená:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| V |  | Dne |  |  |
|  | | | | Jméno, příjmení a podpis odpovědného zaměstnance |