

Pracovná zdravotná služba:\*)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:\*)

Názov: .....

Sídlo: .....

IČO: .....

Evidenčné číslo posudku: .....

## LEKÁRSKY POSUDOK

o zdravotnej spôsobilosti zamestnanca na prácu

### Údaje o zamestnávateľovi:

a) ak ide o právnickú osobu\*)

Obchodné meno: .....

Sídlo: .....

b) ak ide o fyzickú osobu - podnikateľa\*)

Meno a priezvisko: .....

Miesto podnikania: .....

### Údaje o zamestnancovi:

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Bydlisko: .....

Osobné číslo:\*) .....

Pracovisko: .....

Profesia - pracovné zaradenie - posudzovaná práca:

.....

Faktory práce a pracovného prostredia:

.....

Kategória práce<sup>1)</sup> pre jednotlivé faktory práce a pracovného prostredia:

.....

Práca podľa osobitných predpisov: \*)

.....

### Záver:

a) spôsobilý na výkon posudzovanej práce \*)

b) spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením \*)

.....  
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať, a časové obmedzenie)

c) spôsobilý na výkon posudzovanej práce s trvalým obmedzením \*)

.....  
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať)

d) dočasne nespôsobilý na výkon posudzovanej práce \*)

.....  
(uviesť časové obmedzenie)

e) dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce \*)

Dátum .....

.....  
odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára  
a podpis lekára vykonávajúceho lekársku  
preventívnu prehliadku vo vzťahu k práci

\*) nehodiace sa prečiarknite

1) § 31 ods. 1 až 5 zákona č. 355/2007 Z. z.