

# Lékařský posudek

Pořadové nebo jiné evidenční číslo posudku:

**Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího lékařský posudek:**

**Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:**

**IČO:**

**Jméno, popřípadě jména, a příjmení, titul posuzované osoby:**

**Datum narození:**

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

**Účel (důvod) vydání posudku:**

posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu povolání:

- lékař, zubní lékař, farmaceut, nelékařský zdravotnický pracovník, jiný odborný pracovník \*\*\*)

v oboru .....

**Posudkový závěr:**

**Posuzovaná osoba**

- a) je zdravotně způsobilá
- b) není zdravotně způsobilá
- c) je zdravotně způsobilá s omezením<sup>\*)</sup>,<sup>\*\*)</sup> .

**Poučení:** Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání. Návrh na přezkoumání lékařského posudku se podává u poskytovatele zdravotních služeb, který posudek vydal. Lhůta pro podání návrhu na přezkoumání počíná běžet prvním dnem následujícím po dni prokazatelného předání lékařského posudku. Práva na přezkoumání lékařského posudku se lze vzdát, a to písemným prohlášením o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku či ústním sdělením o vzdání se tohoto práva, o kterém

se sepíše záznam do zdravotnické dokumentace. 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 nebo zdravotně způsobilá s omezením.

.....  
**Datum vydání lékařského posudku**

.....  
**Jméno, příjmení a podpis lékaře,  
razítko poskytovatele zdravotních služeb**  
(registrující praktický lékař  
v oboru všeobecné praktické lékařství  
nebo není-li, pak jiný praktický lékař)

Poznámka:

\*) Bylo-li zjištěno, že posuzovaná 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.

\*\*\*\*) Nehodící se škrtněte.

---

Posuzovaná osoba převzala lékařský posudek do vlastních rukou:

dne .....

.....  
podpis posuzované osoby