

## Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti žáka/žákyně

na základě zdravotní prohlídky provedené v souladu se zákonem č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotnických službách.

### Identifikační údaje žáka/žákyně:

Posuzovaný(á):.....

Datum narození:.....

Zařazený(á) v druhu práce: žák absolvující praktické vyučování ve škole  
a na pracovištích jiných právnických osob

### Identifikační údaje zaměstnavatele:

Název zaměstnavatele : Střední zdravotnická škola Náchod –  
Evangelická akademie

Sídlo: Kladská 335, Náchod, 547 01

Základní charakteristika výkonu praxe a konkrétních pracovních podmínek u zaměstnavatele  
a na pracovištích jiných právnických osob, kde žák vykonává praxi:

Práce s těžkými břemeny, s chemikáliemi, s biologickými činiteli

### Posudkový závěr:

Posuzovaný(á) je:

- a) zdravotně způsobilý(á) k výkonu práce ve shora uvedeném druhu práce
  - b) zdravotně nezpůsobilý(á) k výkonu práce ve shora uvedeném druhu práce
  - c) zdravotně způsobilý(á) k výkonu práce ve shora uvedeném druhu práce jen s touto podmínkou:
- 
- d) pozbyl(a) dlouhodobě pracovní způsobilost k výkonu praxe ve shora uvedeném druhu práce

### Poučení o oprávněném prostředku:

Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, může do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Osoba, které uplatněním posudku vznikají práva nebo povinnosti a které byl posudek předán posuzovanou osobou, může návrh na přezkoumání lékařského posudku podat do 10 pracovních dnů ode dne jeho předání. Návrh na přezkoumání se podává poskytovateli, který posudek vydal. 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. V ostatních případech na přezkoumání lékařského posudku odkladný účinek má.

Očkování VHB :

V ..... dne .....

Evidenční číslo posudku: .....

.....  
Razítko a podpis poskytovatele

Posuzovaná osoba se seznámila s posudkem a poučením.

V ..... dne .....

.....  
Podpis posuzované osoby