

## LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA PRÁCU

**Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:**

Názov: \_\_\_\_\_  
 Sídlo: \_\_\_\_\_  
 IČO: \_\_\_\_\_ Evidenčné číslo posudku: \_\_\_\_\_

**Údaje o zamestnávateľovi:**

Názov: \_\_\_\_\_  
 Sídlo: \_\_\_\_\_

**Údaje o zamestnancovi:**

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_ Dátum narodenia: \_\_\_\_\_  
 Trvalý pobyt: \_\_\_\_\_  
 Pracovisko: \_\_\_\_\_  
 Profesia - pracovné zaradenie - posudzovaná práca: \_\_\_\_\_

**Druh lekárskej prehliadky:**

Vstupná       Periodická       Výstupná       Mimoriadna       Následná

### Faktory práce a pracovného prostredia / Kategória práce pre jednotlivé faktory práce pracovného prostredia

<input type="checkbox"/> Hluk _____	<input type="checkbox"/> Umelé optické žiar.: Lasery _____	<input type="checkbox"/> Biologické faktory _____
<input type="checkbox"/> Vibrácie _____	<input type="checkbox"/> Ionizujúce žiarenie _____	<input type="checkbox"/> Záťaž teplom _____
<input type="checkbox"/> Elektromagnetické pole _____	<input type="checkbox"/> Zvýšený tlak vzduchu _____	<input type="checkbox"/> Záťaž chladom _____
<input type="checkbox"/> Umelé optické žiar.: UV žiarenie _____	<input type="checkbox"/> Chemické faktory _____	<input type="checkbox"/> Fyzická záťaž _____
<input type="checkbox"/> Umelé optické žiar.: IR žiarenie _____	<input type="checkbox"/> Karcinog. a mutag. faktory _____	<input type="checkbox"/> Psychická pracovná záťaž _____

### Práca podľa osobitých predpisov

<input type="checkbox"/> práca v noci	<input type="checkbox"/> práca so zobrazovacími jednotkami	<input type="checkbox"/> zväranie	<input type="checkbox"/> práca vo výškach
<input type="checkbox"/> vedenie motorových vozidiel **	<input type="checkbox"/> epidemiologicky závažná činnosť	<input type="checkbox"/> práca s bremenami	

### LPP v zmysle zákona NR SR č. 124/2006 Z. z. a v znení neskorších predpisov na výkon činnosti: \*)

<input type="checkbox"/> revízny technik VTZ tlakových obsluha kotlov I. až V. triedy <input type="checkbox"/> oprava kotlov I. až V. triedy a na opravy potrubného vedenia na rozvod nebezpečnej kvapaliny s najvyšším dovoleným tlakom nad 1 MPa <input type="checkbox"/> revízny technik VTZ zdvíhacích obsluha mobilného žeriavu výložníkového typu a vežového žeriavu výložníkového typu obsluha pohyblivej pracovnej plošiny na podvozku s motorových pohonom, ktoré je určená na prevádzku na pozemných komunikáciách a s výškou nad 1,5 m <input type="checkbox"/> oprava osobného a nákladného výťahu s povolenou dopravou osôb <input type="checkbox"/> viazač bremien <input type="checkbox"/> revízny technik VTZ plynových <input type="checkbox"/> obsluha VTZ plynových skupiny A pracujúci s nebezpečnými plynmi	<input type="checkbox"/> oprava VTZ plynových skupiny A pracujúcich s nebezpečnými plynmi elektrotechnik (§21), samostatný elektrotechnik (§22), elektrotechnik na riadenie činnosti alebo prevádzky na VTZ elektrických (§23) <input type="checkbox"/> revízny technik VTZ elektrických obsluha motorových vozíkov práce vo výške nad 1,5 m a viac nad povrchom zeme pomocou špeciálnej horolezeckej a speleologickej techniky montáž a demontáž lešenia (lešenár) obsluha stavebných strojov a zariadení obsluha poľnohospodárskych strojov a zariadení obsluha lesníckych strojov a zariadení obsluha ručnej motorovej reťazovej pily pri ťažbe dreva a pri inej činnosti
---	---

### ZÁVER POSUDKU

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

(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať alebo zdraviu škodlivé faktory práce a pracovného prostredia, ktorým nemôže byť vystavený a časové obmedzenie)

- c) dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce \*)

Dátum: \_\_\_\_\_

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

Čestné prehlásenie: Svojim podpisom potvrdzujem, že som lekára informoval o všetkých mne známych skutočnostiach o svojom zdravotnom stave a že som nezatajil žiadne skutočnosti týkajúce sa môjho zdravotného stavu, predchádzajúcich chorôb a úrazov ako aj rodinnej anamnézy. Zároveň potvrdzujem, že som absolvoval lekársku prehliadku, s jej výsledkom som bol oboznámený a porozumel som mu.

\_\_\_\_\_ podpis zamestnanca

\*) nehodiace sa prečiarknite

\*\*) dopíšte skupinu 1 - AM, A1, A2, A, B1, B, BE, T alebo skupina 2 - C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE