|  |  |
| --- | --- |
|  | Vyšší odborná škola zdravotnická Bílá vločka s.r.o.Lannova tř. 1595/29a, 370 01 České Budějovice tel: 602 003 951, e-mail: skola@bilavlocka.cz, č.ú.: 247420189/0300, IČO:25157795 |

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK**

podle vyhl. č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka

|  |
| --- |
| **I. Název poskytovatel zdravotních služeb vydávajícího lékařský posudek** |
| Identifikační číslo: |
| Jméno a příjmení lékaře, který posudek vydal:  |

|  |
| --- |
| **II. Posuzovaná osoba** |
| Jméno a příjmení, titul.: | Datum nar.: |
| Adresa místa trvalého pobytu (popř. místo pobytu na území ČR jde-li o cizince):PSČ: |

|  |
| --- |
| **III. Účel (důvod) vydání posudku:** |

**VI. Posudkový závěr:**

Na základě výsledků lékařské prohlídky ze dne ………………. posuzovaná osoba k výkonu povolání zdravotnického pracovníka

a) je zdravotně způsobilá

b) není zdravotně způsobilá

c) je zdravotně způsobilá s omezením1

**Povinné očkování – Hepatitida B má nemá**

**V. 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 poskytovatelem zdravotních služeb, 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 nebo zdravotně způsobilá s omezením.

Datum vydání lékařského posudku: ……………………………

 ……………………………………………………………………

Jméno, příjmení a podpis lékaře,

razítko poskytovatele zdravotních služeb

Datum převzetí lékařského posudku: …………………………….

 ……………………………………………………………………

 Podpis posuzované osoby

1 Uvede se omezení, které podmiňuje zdravotní způsobilost.