Název a sídlo firmy (podnikající fyzické osoby) požadující posudek (razítko) :

Zastoupeného (jméno, příjmení, podpis)…………………………………………………………………………………………….

1. **Žádost o provedení výstupní pracovnělékařské prohlídky (vyplní zaměstnavatel)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení zaměstnance :** | | Rodné číslo : | | | | Číslo průkazu totožnosti: | |
| **Pracoviště :** | | | | Pracovní zařazení : | | | |
| **Rizikový faktor**  **a kategorie**  **práce :**  (výsledná) | Prach kat.: | | Chemické škodliviny kat.: | | Hluk kat.: | | Vibrace kat.: |
| Neionizující záření kat.: | | Fyzická zátěž kat.: | | Pracovní poloha kat,: | | Zátěž teplem kat.: |
| Zátěž chladem kat.: | | Psychická zátěž kat.: | | Zraková zátěž kat.: | | Zátěž biologickými činiteli kat.: |

Za dále vymezených pracovních podmínek:

1. **Potvrzení lékaře o provedení pracovnělékařské prohlídky**

**Poskytovatel PLS**:Mediclinic a.s., Minská 84/97, 616 00 Brno, IČ: 27918335

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** |  |
| Tímto poskytovatel pracovnělékařské služby potvrzuje, že byla u výše uvedeného zaměstnance **provedena/neprovedena\*** výstupní pracovnělékařská prohlídka v souvislosti s ukončením pracovního poměru ve firmě se zaměřením na uvedená rizika. | |
| **Doplňující informace lékaře k výstupní prohlídce:** | |
| **Zaměstnanec:**   * **jeví \*známky poškození zdraví v souvislosti s výkonem práce** * **nejeví \*známky poškození zdraví v souvislosti s výkonem práce** | |

|  |
| --- |
| **Razítko, podpis lékaře** |

**UPOZORNĚNÍ !** :Pro výstupní lékařskou prohlídku vždy doneste výpis z Vaší zdravotnické dokumentace

\*) nehodící se škrtněte