

Potvrzení zdravotní způsobilosti

V Praze dne

Ošetřujícímu registrujícímu lékaři/lékařce MUDr.....

ŽÁDOST

o výpis ze zdravotní dokumentace pro potřeby závodního lékaře, MUDr. Svatavy Dufkové, tel. 25727 3053, včetně vystavení posudku o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání

Pan/paní, r.č.
prodělal/la, případně se léčil/la:

dětská onemocnění:

operace:

úrazy:

dispenzární péče:

atopický ekzém, astma bronchiale:

psychiatrická onemocnění:

změněná pracovní schopnost:

alergie:

chronická medikace:

očkování proti tetanu, proti VHB (Engerix):

Na základě výsledků lékařského vyšetření je posuzovaný/á,

Jméno a příjmení

- zdravotně způsobilý/á *
- zdravotně nezpůsobilý/á *
- zdravotně způsobilý/á s podmínkou *

.....
Datum

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

* *nehodící se škrtněte*