POTVRZENÍ O PROVEDENÍ VÝSTUPNÍ PRACOVNĚLÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY

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

A. Žádost o provedení výstupní pracovnělékařské prohlídky (vyplní zaměstnavatel-žadatel)

Jméno a příjmení zaměstnance:	Datum narození:	Zdravotní pojišťovna:	Adresa trvalého bydliště:
Pracoviště:		Pracovní zařazení:	

Rizikový faktor a kategorie práce: (výsledná) - k rizikovým faktorům vypsat kategorie a druh rizikového faktoru!	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.:

*) + další rizikové faktory: ……

Pracovní režim	Jednosměnný	dvousměnný	třísměnný	nepřetržitý

Celková doba expozice rizikovému faktoru (nebo evidence rizikových prací přílohou)	Druh rizikového faktoru	Počet odpracovaných let při expozici	Počet odpracovaných měsíců při expozici	Počet odpracovaných směn /hodin (celkem)

Jméno, příjmení a podpis oprávněné osoby žadatele

B. Potvrzení lékaře o provedení pracovnělékařské prohlídky

Datum provedení výstupní prohlídky		**Poskytovatel PLS**
	Tímto poskytovatel pracovnělékařské služby potvrzuje, že byla u výše uvedeného zaměstnance provedena výstupní pracovnělékařská prohlídka v souvislosti - s ukončením pracovního poměru ve firmě se zaměřením na uvedená rizika*) - se snížením rizikového faktoru práce při změně pracovních podmínek nebo při převedení na jinou práci*) Lékařské závěry jsou uloženy ve zdravotnické dokumentaci u poskytovatele. Poskytovatel PLS provedl poučení zaměstnance o možnosti absolvovat následnou lékařskou prohlídku u registrujícího poskytovatele.	**Název poskytovatele** **Jméno lékaře** **Podpis lékaře:**
Datum vydání potvrzení:		
Zaměstnanec převzal potvrzení do vlastních rukou dne:		**Podpis zaměstnance:**

***)** nehodící se škrtněte

Oprávněná osoba převzala lékařský posudek do vlastních rukou dne: ……číslo OP ……
(za zaměstnavatele – jméno, příjmení) ……

podpis : ……