

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 vypsát 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	třisměnný	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
(za zaměstnavatele – jméno, příjmení)

dne:číslo OP

podpis :