

## Prohlášení posuzované osoby ke své zdravotní způsobilosti

(§ 84 zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů)

Jméno, popřípadě jména, a příjmení žadatele: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Průkaz totožnosti,<sup>1)</sup> jeho číslo: \_\_\_\_\_

Skupina nebo podskupina řidičského oprávnění, ke které je prohlášení vydáváno: \_\_\_\_\_

### Prohlašuji, že:

a) se cítím zdravý a že si nejsem vědom, že mám stav, vadu nebo nemoc, které jsou nebezpečné pro řízení motorového vozidla<sup>2)</sup>

b) se necítím zdravý, mám následující zdravotní obtíže<sup>2)</sup>:

c) se cítím zdravý, ale mám níže uvedený stav, vadu nebo nemoc<sup>3)</sup>:

d) užívám pravidelně následující léčivé přípravky<sup>2)</sup>:

e) užívám - užíval<sup>2)</sup> jsem pravidelně - nepravidelně<sup>2)</sup> tyto návykové látky

Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa registrujícího praktického lékaře, pokud není posuzujícím lékařem:

Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa odborného lékaře, popřípadě klinického psychologa, pokud se u něho žadatel opakovaně nebo dlouhodobě léčil:

**Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl úplně a pravdivě.**

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

podpis posuzované osoby: \_\_\_\_\_

1) Například občanský průkaz, u cizinců cestovní doklad, u uprchlíků doklad totožnosti.

2) Nehodící se škrtněte.

Vážená paní, vážený pane,

formulář, který právě dostáváte do ruky, je jednoduchým zdravotním dotazníkem. Údaje, které v něm uvedete, podléhají pravidlům zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č. 373/2011 Sb., o speciálních zdravotních službách. Žádné zdravotní údaje nebudou dány k dispozici třetí osobě, tedy ani Vašemu zaměstnavateli či úřadu, který posouzení zdravotního stavu požaduje. Dovolte, abych Vás ujistil, že formulář slouží k maximálnímu urychlení průběhu lékařské prohlídky. Věřím, že se nám podaří zdržet Vás celou procedurou co nejméně.

Obsahem prohlídky je zejména přehled anamnézy se zaměřením na změny zdravotního stavu, rizikové faktory a profesní rizika. V rodinné anamnéze je kladen důraz na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, výskyt vysokého krevního tlaku, cukrovky, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění, kontrola očkování proti tetanu. U řidičů – profesionálů, řidičů referentských vozidel, obsluhy plavidel, speciálních strojů a držitelů zbrojního průkazu se provádí orientační vyšetření sluchu, zrakové ostrosti a barvocitu.

K prohlídce se, prosím, telefonicky objednejte v recepci tel. 22438 3422. S sebou přineste tento vyplněný dotazník a vzorek ranní moče. Jste-li občanem se změněnou pracovní schopností nebo Vám byla přiznána invalidita, vezměte toto rozhodnutí s sebou. Pokud u Vás bude posuzována i zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel nebo držení zbrojního průkazu, přineste s sebou také tyto předvyplněné formuláře.

*Za laskavou spolupráci děkujeme a těšíme se na setkání.*

MUDr. Pavel Lindovský a kolektiv MEDLIN s.r.o.

Titul, příjmení a jméno: \_\_\_\_\_  
Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Zdravotní pojištění: \_\_\_\_\_  
Adresa bydliště: \_\_\_\_\_  
Číslo průkazu totožnosti: \_\_\_\_\_  
Telefonní kontakt: \_\_\_\_\_  
Zaměstnavatel vč. IČO: \_\_\_\_\_ (vyplní se v případě, že je posudek vystavován také pro zaměstnavatele)  
Zaměstnán jako: \_\_\_\_\_ (vyplní se v případě, že je posudek vystavován také pro zaměstnavatele)  
**Změna pracovní schopnosti:** ANO  NE  **Invalidní důchod:** ANO  NE   
**Řidič – profesionál:** ANO  NE  **Řidič referentského vozidla:** ANO  NE   
**Stranová dominance:** Pravák  Levák  Přeúčený levák

**Závažná onemocnění (cukrovka, vysoký tlak, onemocnění srdce, ledvin, jater, trávicího traktu, ...):**

**Infekční onemocnění a poruchy imunity (spála, revmatická horečka, TBC...):**

**Závažnější úrazy s trvalejšími následky (rok, druh a způsob léčby úrazu):**

**Operace (rok a druh provedeného výkonu):**

**Poruchy pohybového aparátu (bolesti zad, skolióza, bolesti kloubů...):**

**Datum očkování proti tetanu, případně dalších očkování (klíšťová encefalitida, žloutenky, ...):**

**Alergie:**

**Rodinná dispozice (cukrovka, vysoký tlak, onemocnění srdce, nádorová onemocnění...):**

Otec - rok narození: \_\_\_\_\_

Matka - rok narození: \_\_\_\_\_

Sourozenci – pohlaví, rok narození: \_\_\_\_\_

**Dlouhodobě užívané léky:**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Podpis:**

Výška	cm	Váha	kg	TK	/	mmHg	Pulz	TAT:
Uritest:				Visus:	PO	/	Barvocit	Sluch
					LO	/		