

## LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE

EVIDENČNÉ ČÍSLO POSUDKU:

SÍDLO:

IČO:

LEKÁRSKY POSUDOK  
O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI  
NA VÝKON ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA .....\*)

PRIEZVISKO A MENO:

ADRESA TRVALÉHO POBYTU:

PRECHODNÝ POBYT:

JE SPÔSOBILÝ \*\*)

JE NESPÔSOBILÝ \*\*)

NA VÝKON ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA .....\*)

V ODBORE .....\*\*\*)

V .....

.....

ODTLAČOK PEČIATKY  
A PODPIS LEKÁRA

DŇA .....

\*) Uveďte príslušné zdravotnícke povolanie (lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka, laborant, fyzioterapeut, zdravotnícky záchranár, verejný zdravotník, psychológ, logopéd, liečebný pedagóg, zdravotnícky asistent, zubný technik, optometrista, očný optik, rádiologický asistent, asistent hygieny a epidemiológie, ortopedický technik, technik laboratórnej medicíny, medicínsko-technický laborant, zdravotnícky laborant, farmaceutický laborant, laborant pre zdravotnícke pomôcky, dentálna hygienička, asistent výživy, masér, sanitár, biológ, fyzik, chemik, genetik).

\*\*) Nehodiace sa prečiarknite.

\*\*\*) Uveďte študijný odbor uvedený na vysokoškolskom diplome alebo maturitnom vysvedčení, v prípade špecializácie aj špecializačný odbor uvedený na diplome o špecializácii.