



PV-AMBULANCE s.r.o.

NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

registrace č. j. 598/ZD/12-3

www.pv-ambulance.cz

email jednatele společnosti:

pvajsejt@seznam.cz

Cheb, Nerudova 2397/3, PSČ 350 02 IČO: 29112877 DIČ: CZ29112877

Tel.: 354 435 689

Spis. zn. : C 25664 vedená u
Krajského soudu v Plzni

Bankovní spojení: 241 596 490 /0300

VYŽÁDÁNÍ VÝPISU ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE PROSTŘEDNICTVÍM POSUZOVANÉ OSOBY

PV-AMBULANCE s.r.o. zabezpečuje pro zaměstnance smluvních subjektů pracovnělékařskou péči a v kontextu s tím **provádí pracovnělékařské prohlídky a posouzení zdravotní způsobilosti ve vztahu k práci a vydává lékařské posudky o zdravotní způsobilosti k práci.**

Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti **se vydává po posouzení zdravotní způsobilosti**, popřípadě zdravotního stavu posuzované osoby, posuzujícím lékařem, a to **na základě zhodnocení** výsledků **lékařské prohlídky** a dalších potřebných odborných vyšetření, **výpisu ze zdravotnické dokumentace** vedené o posuzované osobě jejím registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, **a zdravotní náročnosti pro výkon práce**, služby, povolání, vzdělávání, sportu, tělesné výchovy nebo jiné **činnosti** (dále jen „činnost“), pro které je osoba posuzována, a podmínek, za kterých je činnost vykonávána, nebo nároků činnosti na zdraví posuzované osoby.

Vzhledem ke skutečnosti, že výpis ze zdravotnické dokumentace si může posuzující lékař vyžádat prostřednictvím posuzované osoby, činíme tak a **žádáme o laskavé doplnění** následujících anamnestických a dalších nezbytných údajů; uznáte-li za vhodné, přiložte prosím všechny další a jiné podstatné nálezy, či laboratorní nálezy.

Jméno:		Příjmení:		Datum nar.:	
Bydliště:					
Žák 3. ročníku Střední zdravotnické školy a vyšší odborné školy Cheb					

Léčí se / event. prodělal(a) následující onemocnění:

		NE	ANO
1	Infekční a parazitární onemocnění	NE	ANO
	dg:		
2	Nádorová onemocnění	NE	ANO
	dg:		
3	Organické a jiné závažné duševní poruchy; poruchy chování	NE	ANO
	dg:		
4	Abusus a závislost na alkoholu, nebo jiných návykových látkách	NE	ANO
	dg:		
5	Nemoci neurologické a záchvat. onemocnění	NE	ANO
	dg:		
6	Nemoci krve a krevetvorných orgánů	NE	ANO
	dg:		
7	Poruchy imunitních funkcí a alergie	NE	ANO
	dg:		
8	Nemoci endokrinní a GIT /DM/	NE	ANO

	dg:			
9	Nemoci oka a očních adnex	NE	ANO	
	dg:			
10	Nemoci ORL	NE	ANO	
	dg:			
11	Nemoci kardiovaskulárního systému, vč. hypertenze /stadium/	NE	ANO	
	dg:			
12	Nemoci dýchací soustavy	NE	ANO	
	dg:			
13	Nemoci pohybového aparátu, vč. svalových	NE	ANO	
	dg:			
14	Nemoci močové a pohlavní soustavy	NE	ANO	
	dg:			
15	Nemoci kůže	NE	ANO	
	dg:			
16	Jiná závažná onemocnění a prodělané operace	NE	ANO	
	dg:			
17	Vrozené vady, deformity a abnormality	NE	ANO	
	dg:			
18	Úrazy a otravy	NE	ANO	
	dg:			
19	Korekce zraku – sluchu	NE	ANO	
	dg:			

AKTUÁLNĚ UŽÍVANÉ LÉKY

--

PRACOVNÍ NESCHOPNOST PRO NEMOC A ÚRAZ ZA POSLEDNÍ 3 ROKY (DELŠÍ NEŽ 2 TÝDNY)

--

POKUD MÁTE K DISPOZICI RTG SRDCE + PLÍCE NE STARŠÍ 12 MĚSÍCŮ, PROSÍME O JEHO VÝSLEDEK

--

POSLEDNÍ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

--

OČKOVÁNÍ (KDY)

TAT		Engerix I-III	
-----	--	---------------	--

REGISTRUJÍCÍ POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Datum a místo vyhotovení:	Razítko a podpis:
---------------------------	-------------------