

## 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.....,DŇA.....

.....  
ODTLAČOK PEČIATKY A PODPIS LEKÁRA

\*) Uvedte príslušné zdravotnícke povolanie (lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka, fyzioterapeut, verejný zdravotník, zdravotnícky laborant, asistent výživy, dentálna hygienička, rádiologický technik, zdravotnícky záchranár, zubný technik, technik pre zdravotnícke pomôcky, optometrista, farmaceutický laborant, masér, očný optik, ortopedický technik, zdravotnícky asistent, sanitár, logopéd, psychológ, liečebný pedagóg, fyzik a laboratórny diagnostik).

\*\*) Nehodiace sa prečiarknite.

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