

## 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 zdravotnicke povolanie (lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka, laborant, asistent, technik, iný zdravotnícky pracovník).

\*\*) Nehodiace sa prečiarknite.

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