

**VZOR LEKÁRSKEHO POSUDKU O UZNANÍ CHOROBY  
Z POVOLANIA A OHROZENIA CHOROBU Z POVOLANIA**

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Evidenčné číslo posudku:

Názov:

Sídlo:

IČO:

**LEKÁRSKY POSUDOK  
o uznaní choroby z povolania a ohrozenia chorobou z povolania**

**Údaje o posudzovanej osobe:**

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Trvalé bydlisko:

Pracovisko:

Profesia – pracovné zaradenie:

**Údaje o zamestnávateľovi:**

a) ak ide o právnickú osobu<sup>\*)</sup>

Obchodné meno a právna forma:

Sídlo:

b) ak ide o fyzickú osobu – podnikateľa<sup>\*)</sup>

Meno a priezvisko:

Miesto podnikania:

Číslo a názov choroby z povolania zo zoznamu chorôb z povolania:

**Odôvodnenie:**

**Záver:**

a) Choroba z povolania uznaná<sup>\*)</sup>

b) Ohrozenie chorobou z povolania uznané<sup>\*)</sup>

c) Choroba z povolania neuznaná<sup>\*)</sup>

d) Ohrozenie chorobou z povolania neuznané<sup>\*)</sup>

.....  
odtlačok pečiatky špecializovaného pracoviska  
s uvedením špecializácie lekára a podpis lekára

Dátum:

<sup>\*)</sup> Nehodiace sa prečiarknite.