

**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^{*)}

Obchodné meno a právna forma:

Sídlo:

b) ak ide o fyzickú osobu – podnikateľa^{*)}

Meno a priezvisko:

Miesto podnikania:

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

Odôvodnenie:

Záver:

a) Choroba z povolania uznaná^{*)}

b) Ohrozenie chorobou z povolania uznané^{*)}

c) Choroba z povolania neuznaná^{*)}

d) Ohrozenie chorobou z povolania neuznané^{*)}

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

Dátum:

^{*)} Nehodiace sa prečiarknite.