

## Žádost o výpis ze zdravotní dokumentace pro potřeby prohlídky PLP

Vážená paní doktoro, pane doktore,  
prosím o poskytnutí výpisu ze zdravotní dokumentace, případně podání zprávy o zdravotním stavu  
pana (paní) :

narozeného dne :

č. OP:

rč :

bytem :

ZP :

který patří do Vaší léčebně preventivní péče ( je u Vás registrován ).

Jeho způsobilost bude posuzována vzhledem k výkonu této (těchto) činností :

Pokud nemáte možnost např. vytisknout aktuální výpis z Vašeho počítače, nebo okopírovat např. výsledek nedávné preventivní prohlídky, stačí mi, když v níže uvedené části označíte nemoc nebo skupinu nemocí, kterými jmenovaný trpí, případně jejich diagnózy a krátce vše okomentujete. Přihlédnete-li ve svém komentáři k uvedeným činnostem nebo činnostem, pro které budu vašeho pacienta posuzovat, můžete pomoci mně i jemu.

**Infekční a parazitární nemoci:**

**Nádorová onemocnění:**

**Organické duševní poruchy:**

**Jiné závažné duševní poruchy a poruchy chování:**

**Abusus a závislost na alkoholu a jiných návykových látkách:**

**Záchvatové poruchy:**

**Nemoci nervové soustavy:**

**Nemoci krve a krevetvorných orgánů:**

**Poruchy imunity, alergie:**

**Nemoci endokrinní, přeměny látek a výživy:**

**Nemoci oka a očních adnex:**

**Nemoci ucha a bradavkového výběžku:**

**Nemoci oběhové soustavy vč. hypertenze (stádium):**

**Nemoci dýchací soustavy:**

**Nemoci trávicí soustavy:**

**Nemoci svalové a kosterní soustavy a pohybových tkání:**

**Nemoci močové a pohlavní soustavy:**

**Nemoci kůže:**

**Vrozené vady, deformace, abnormality:**

**Implantáty kardiostimulátory a jiné náhrady :**

**Úrazy a otravy:**

**Jiná závažná onemocnění a prodělané operace:**

**Korekce zraku, sluchu:**

**Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz za poslední 3 roky:**

(diagnóza, doba)

**Snížení či omezení zdravotní způsobilosti k práci nebo jiné doplnění :**

**Máte k dispozici výsledek RTG hrudních orgánů ne starší 12 měsíců, prosíme o sdělení jeho popisu na tomto tiskopise: Zde prosím potvrďte údaje svým podpisem a razítkem**

**datum, razítko, podpis ošetřujícího lékaře**

Náklady na pořízení výpisu Vám uhradí výše jmenovaný, pokud Vás o to požádá, vydejte mu prosím řádný účetní doklad, který mu za jistých okolností může být uhrazen jeho zaměstnavatelem.

Srdečně Vás zdravím a děkuji za spolupráci.

**MUDr. Ethel Ludvíková**

**MEDICINA CENTRUM s.r.o., IČ 248 46 988**

Všeobecné praktické lékařství, pracovní-lékařská péče, léčba biostimulačním laserem

**Ordinace: Sokolská 27/ 464, 120 00 Praha 2, tel: 224 943 097**

[www.medicina-centrum.cz](http://www.medicina-centrum.cz)