**Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel**

[zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu), ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, ve znění pozdějších předpisů]

Identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb, jehož jménem se posudek vydává, identifikační číslo, bylo-li přiděleno, adresa sídla nebo místa podnikání

..........................................................................................................

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzované osoby ......................................................

Datum narození ..................... Průkaz totožnosti - číslo1) ....................................

Adresa obvyklého bydliště na území České republiky: ......................................................

..........................................................................................................

Druh lékařské prohlídky, které se podle zákona posuzovaná osoba podrobila ................................

Posouzení podle skupiny 1 2) - skupiny 2 2) přílohy č. 3 vyhlášky

Dopravně psychologické vyšetření podle § 87a zákona bylo provedeno:

a) ano2), a to v roce ............................. b) ne2)

Posuzovaná osoba

a) je zdravotně způsobilá2) pro skupinu řidičského oprávnění ............................................

b) není zdravotně způsobilá2) pro skupinu řidičského oprávnění...........................................

c) je zdravotně způsobilá s podmínkou2), 3) pro skupinu řidičského oprávnění .............................

................................................................................................................................................................

Datum ukončení platnosti posudku4)........................................................................

..................... .............................................................................

datum vydání posudku jméno, popřípadě jména, příjmení, podpis lékaře

otisk razítka poskytovatele zdravotních služeb

Poučení:

Proti tomuto posudku je možno do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli zdravotních služeb, který posudek vydal. Osoba, které uplatněním posudku vznikají práva nebo povinnosti a které byl posudek předán posuzovanou osobou, může návrh na přezkoumání lékařského posudku podat do 10 pracovních dnů ode dne jeho předání, a to poskytovateli uvedenému ve větě první. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou5).

1) Občanský průkaz, u cizinců cestovní doklad; lze uvést i jiný doklad prokazující totožnost jeho držitele.

2) Nehodící se škrtněte.

3) Uvede se podmínka, která podmiňuje zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel (například nezbytný zdravotnický prostředek, technická úprava motorového vozidla nebo jiné omezení, podrobení se odbornému vyšetření podmiňujícím zdravotní způsobilost a tím i platnost posudku).

4) Vyplní se v případech stanovených v § 4 odst. 2 vyhlášky o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel

5) § 46 odst. 1 a 3 zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.".

**Prohlášení posuzované osoby ke své zdravotní způsobilosti**

[§ 84 zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu), ve znění pozdějších předpisů]

Jméno, popřípadě jména, a příjmení žadatele: .............................................................................................

Adresa obvyklého bydliště na území České republiky: .............................................................................

Datum narození: ......................... průkaz totožnosti,1) jeho číslo ..............................................................

Skupina vozidel, ke které je prohlášení vydáváno ...................................................................................

Prohlašuji, že

a) se cítím zdráv a že si nejsem vědom, že mám stav, vadu nebo nemoc, které jsou

nebezpečné pro řízení motorového vozidla2),

b) se necítím zdráv, mám následující zdravotní obtíže:2)

..........................................................................................................

c) se cítím zdráv, ale mám níže uvedený stav, vadu nebo nemoc:3)

..........................................................................................................

d) užívám pravidelně následující léčivé přípravky:2)

..........................................................................................................

e) užívám - užíval2) jsem pravidelně - nepravidelně2) tyto návykové látky:

..........................................................................................................

f) období bez projevů nemoci, vady nebo stavu trvá:3)

..........................................................................................................

Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa registrujícího poskytovatele4), pokud není posuzujícím lékařem ..................................................................................................

..........................................................................................................

Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa odborného lékaře, popřípadě klinického psychologa, pokud se u něho žadatel opakovaně nebo dlouhodobě léčil ..................................................................................................................................................................

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl úplně a pravdivě.

V …............... dne ......................... ......................................

podpis posuzované osoby

1) Například občanský průkaz, u cizinců cestovní doklad; lze uvést i jiný doklad prokazující totožnost jeho držitele.

2) Nehodící se škrtněte.

3) Vyplní se v případě, kdy je tato skutečnost rozhodná pro posouzení zdravotní způsobilosti podle vyhlášky č. 277/2004 Sb. Uvede se počet měsíců, popřípadě roků, kdy se nemoc nebo stav neprojeví.

4) Registrujícím poskytovatelem se rozumí poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (§ 2 odst. 1 vyhlášky č. 277/2004 Sb.).