

# **Lékařský posudek k výkonu práce „ROZHODČÍ pro sportovní kynologii“**

Evidenční číslo posudku:

**Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího lékařský posudek:**

**Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:**

**IČO:**

---

**Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzované osoby:**

**Datum narození:**

**Adresa trvalého pobytu:**

**Účel (důvod) vydání posudku:**

posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu práce „ROZHODČÍ pro posuzování sportovní kynologie“

**Obsah práce:**

Rozhodčí z výkonu posuzuje a zadává výcvikové značky ve třech disciplínách. K tomuto posuzování je zmocněn svým národním svazem.

- disciplína stopa – chůze po nerovném, mnohdy kopcovitém terénu (pole, louka, orba) v pomalém až středním tempu. V průběhu chůze si zapisuje poznámky do bodovací karty.
- disciplína poslušnost a obrana – posuzování práce psůvoda se psem na rovinném terénu (kynologické cvičiště, hřiště). Rozhodčí po celou dobu popochází či stojí (nesedí). Během posuzování si zapisuje poznámky do bodovací karty.

Činnost rozhodčího v jednom dni může trvat s přestávkami až 8 hodin

---

**Posudkový závěr:**

**Posuzovaná osoba**

- a) je zdravotně způsobilá
- b) není zdravotně způsobilá
- c) je zdravotně způsobilá s omezením<sup>\*)</sup>,<sup>\*\*)</sup>.

**Poučení:** Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. 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 omezením.

.....  
**Datum vydání lékařského posudku**

.....  
**Jméno, příjmení a podpis lékaře,  
razítko poskytovatele zdravotních služeb**

\_\_\_\_\_  
Poznámka:

\*) Bylo-li zjištěno, že posuzovaná osoba je zdravotně způsobilá s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k výkonu povolání.

\*\*\*) Datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěné zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost.

\_\_\_\_\_  
Posuzovaná osoba převzala lékařský posudek do vlastních rukou:

dne .....

.....  
podpis posuzované osoby