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

**(podle zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých**

**zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k**

**řízení motorových vozidel, ve znění pozdějších předpis)**

Název zdravotnického zařízení, jehož jménem se posudek vydává, identifikační číslo, bylo-li

přiděleno, adresa sídla nebo místa podnikání

...........................................................................................................................…......................................................

Jméno, popřípadě jména, a příjmení, titul posuzované osoby

............................................................................................................…......…............................................................

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

Adresa místa trvalého pobytu posuzované osoby, popřípadě místo pobytu na území ČR, jde-li o cizince

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

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

Posouzení podle skupiny 12) - skupiny 22) přílohy č. 3 vyhlášky

**Dopravně psychologické vyšetření a vyšetření neurologické podle § 87a zákona bylo provedeno:**

a) ano 2), a to v roce............................................ b) ne 2)

**Posuzovaná osoba**

**a) je zdravotně způsobilá 2) pro skupinu/podskupinu řidičského oprávnění ....................................................**

**b) není zdravotně způsobilá 2) pro skupinu/podskupinu řidičského oprávnění ...............................................**

**c) je zdravotně způsobilá s podmínkou 2), 3) pro skupinu/podskupinu řidičského oprávnění .......................**

**.....................................................................................................................................................................................**

Datum ukončení platnosti posudku 4) ..............................

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

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

 otisk razítka zdravotnického zařízení

**Poučení:**

Proti tomuto posudku je možno do 15 dnů ode dne jeho prokazatelného obdržení podat návrh na jeho přezkoumání zdravotnickému zařízení, které posudek vydalo, a to prostřednictvím lékaře, který

posudek vypracoval 5).

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 (nezbytný zdravotnický prostředek, technická

 úprava motorového vozidla nebo jiné omezení, například podrobení se odbornému vyšetření podmiňujícím zdravotní způsobilost a tím i platnost posudku).

 4) Vyplní se v případech stanovených v § 4 odst. 2 vyhlášky č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel (V posudku se uvede doba jeho platnosti, pokud posuzující lékař určí lékařskou prohlídku dříve, než je termín pravidelné lékařské prohlídky a to v případě postupující nemoci, u které lze předpokládat takové změny zdr. stavu, které ovlivňují bezpečnost provozu na pozemních komunikacích, nebo je-li v příloze č. 3 citované vyhlášky jako podmínka zdravotní způsobilosti uvedena lékařská kontrola zdravotního stavu posuzované osoby.

5) § 77 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů