Vzor osvědčení o zdravotní způsobilosti

ZDRAVOTNÍ OSVĚDČENÍ PRO PRÁCI NA MOŘI / MEDICAL CERTIFICATE FOR SEA SERVICE

Č.: .....

Vydáno pro splnění požadavků úmluvy STCW 1978, ve znění pozdějších změn a úmluvy MLC 2006
Issued to meet requirements of STCW Convention 1978, as amended and the MLC 2006 Convention

Tuto část vyplní Úřad / *This part is to be filled by relevant authority*

Příjmení *Surname*						**Jméno** *Given Name*		
Pohlaví *Gender*	**Mužské** *Male*	*	**Ženské** *Female*	*	**Námořnická knížka č.** *Seaman´s Book No.*		**Občanství** *Nationality*	
Narozen dne (DD/MM/RRRR) *Date of birth (DD/MM/YYYY)*						**V** *at*		
Trvalé bydliště / *Home Address*								
Ulice a číslo domu *Street Name & No*								
Město a PSČ *City & Postal Code*								
Stát *Country*								

Zdravotní prohlídka pro práci ve skupině: Zakroužkovat *Examination for duty in departments: Encircle as appropriate*	**Palubní** *Deck*	**Strojní** *Engine*	**Radio** *Radio*	**Stravování** *Catering*	**Hotel** *Hotel*	**Jiné** *Other*

Razítko vydávajícího úřadu *Official stamp of the issuing authority*	**Jméno a podpis oprávněného úředníka** *Name and signature of the competent officer*

Tuto část včetně zadní strany tohoto formuláře vyplní pověřený lékař
This part overleaf included is to be filled by recognized medical physician

Prohlášení oprávněného lékaře

Declaration of the recognized medical physician

Identita posuzovaného námořníka dle shora uvedených údajů byla ověřena
Identity of the examined seafarer as above has been verified

Posuzovaný netrpí žádnou nemocí, která by se pravděpodobně zhoršila v důsledku služby na moři nebo by jej činila neschopným práce na moři nebo ohrožovala zdraví jiných osob na lodi
Examined person is free from any diseases likely to be aggravated by service at sea, or render him unfit for service at sea or likely to endanger the health of other persons on board

Krevní tlak *Blood pressure*		**Puls** *Pulse*		**Výška** *Height*		**Váha** *Weight*	

Splňuje zrak normy A-I/9? *Does the vision meet standard A-I/9?*	**ANO** *YES*	**NE** *NO*	**Brýle** *Glasses*
Bez brýlí *Without glasses*	*	*	
S brýlemi *With glasses*	*	*	

Splňuje barvocit normy A-I/9? *Does the color vision meet standard A-I/9?*	**ANO** *YES*	**NE** *NO*	**Datum vyšetření barvocitu** *Date of last color vision test*
	*	*	

Splňuje sluch normy A-I/9? *Does the hearing meet standard A-I/9?*	**ANO** *YES*	**NE** *NO*
	*	*

Je sluch bez pomůcek dostatečný? *Is the unaided hearing satisfactory?*	**ANO** YES	***NE*** *NO*
	*	*

Splňuje zrak a sluch požadavky na hlídkovou službu? *Does the vision and hearing meet requirements for look-out duties?*	**ANO** *YES*	**NE** *NO*	***NEPŘÍSLUŠÍ*** *NOT APPLICABLE*
	*	*	*

Zdravotně způsobilý pro práci na moři pro skupinu
Examined for sea service for department

Palubní *Deck*	**Velitelská (Kpt, 1PD)** *Management (Capt. C/Off)*	*	**Provozní (2PD, 3PD, R/O)** *Operational (OOW, Radio)*	*	**Pomocná (BW, AB, OS)** *Supporting (BW, AB, OS)*	*
Strojní *Engine*	**Velitelská (1SD, 2SD)** *Management (C/Eng, 2nd/Eng)*	*	**Provozní (3SD, ELD)** *Operational (W/Eng, El/Off)*	*	**Pomocná (Strm, M1, M2)** *Supporting (Fit, Mot., Oil.)*	*
Hotel *Hotel*	**Kuchař** *Cook*	*	**Stevard** *Steward*	*	**Kabinový servis** *Cabin Service*	*

Zdravotní omezení nejsou *No fitness restrictions or limitations*	**ANO** *YES*	**NE** *NO*	**Případná omezení popsat (odpověď „NE“)** *To describe existing limitations if any (answer „NO“)*
	*	*	

Datum zdravotního posouzení *Date of medical examination*		**Platnost osvědčení do (max. 2 roky od vydání)** *Expiry date of certificate (max 2 years from issue date)*
Razítko posuzujícího lékaře *Official stamp of the issuing medical physician*	**Jméno a podpis posuzujícího lékaře** *Name and signature of the examining medical physician*	**Potvrzuji, že jsem byl seznámen s obsahem osvědčení a právem na přezkoumání podle odst. 6 části A-I/9** *I confirm that I have been informed of the contents of the certificate and right to review per paragraph 6 of sec. A-I/9* **Podpis námořníka:** *Seafarer´s Signature:*

* **odpovídající pole označit křížkem** */ mark by cross as appropriate*

Tuto část formuláře vyplní rovněž pověřený lékař
This part is to be filled by recognized medical physician as well

Další údaje o zdravotním posouzení
Additional details of medical examinations

	ANO *YES*	NE *NO*	Test na drogy *Drug test*	Negativní *Negative*	Pozitivní *Positive*
Splňuje fyzický stav požadavky tabulky B-I/9 ? *Does the physical abilities meet requirement of Table B-I/9*	*	*		*	*

	NEPŘÍSLUŠÍ *NOT APPLICABLE*	ANO *YES*	NE *NO*
Splňuje bakteriologické vyšetření požadavky pro personál pracující s potravinami a stravování? *Does the bacteriological examinations meet requirement for catering and food handling personnel?*	*	*	*

Jiné údaje: zranění, operace, chronické nemoci nebo trvalá medikace
Other data: injuries, operations, chronic diseases or permanent medication

* **odpovídající pole označit křížkem** / *mark by cross as appropriate*