

Žádost o prokázání zdravotní způsobilosti

České vysoké učení technické v Praze
Fakulta biomedicínského inženýrství
se sídlem Nám. Sítná 3105, 272 01 Kladno
IČ: 68407700

Jméno a příjmení studenta/ky:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu¹:

¹ u cizince adresa přechodného pobytu na území ČR

Pracovní zařazení: student oboru/programu

Účel vydání potvrzení: pro potřeby povinné odborné praxe ve zdravotnických zařízeních

Jméno a příjmení lékaře/lékařky MUDr.

Závěr:

Posuzovaná osoba splňuje:

○ **U prokázání imunity vůči spalničkám jednu z níže uvedených variant:**

- byla očkována proti spalničkám, dne, název vakcíny.....
- vyšetření titru protilátek proti spalničkám, hodnota titru....., datum.....
- prodělala spalničky, datum.....

Student/ka splňuje požadavky na imunizaci proti viru spalniček:

- ano*
- ne*

○ **Imunizaci proti VHB (řádné očkování 3 očkovacími dávkami vakcíny):**

- ano*
- ne*

○ **Imunizaci proti tetanu (řádné očkování dle očkovacího kalendáře):**

- ano*
- ne*

○ **Požadavky kladené na zdravotní způsobilost (pro potřeby odborné praxe v rámci bakalářského studia na pracovištích s rizikovým faktorem ionizující záření**)**

- je zdravotně způsobilá*
- není zdravotně způsobilá*
- není dlouhodobě zdravotně způsobilá z důvodu*:
- je zdravotně způsobilá s podmínkou*:

.....
Datum vydání lékařského posudku

.....
Podpis lékaře a razítko
poskytovatele zdravotních služeb

Posuzovaná osoba převzala lékařský potvrzení do vlastních rukou dne.....

.....
Podpis posuzované osoby

* Nehodící se škrtně

**Vyžádáno na základě zákona č. 263/2016 Sb. (Atomový zákon) a v rámci vzdělávání oboru Radiologický asistent a studijního programu Radiologická asistence