



**LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI  
UCHÁDZAČA O ŠTÚDIUM**

**LEKÁRSKY POSUDOK  
O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI  
NA ŠTÚDIUM ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA**

PRIEZVISKO A MENO: .....

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: .....

JE SPÔSOBILÝ \*)

NIE JE SPÔSOBILÝ \*)

NA ŠTÚDIUM ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA:

Sestra \*)      Verejný  
zdravotník \*)  
Zdravotnícky laborant \*)

DŇA .....

.....  
ODTLAČOK PEČIATKY A PODPIS LEKÁRA

**Požiadavky na zdravotnú spôsobilosť pre uchádzačov o štúdium sú zostavené v súlade s vyhláškou MZ SR č.**

**364/2009.** §1 Kritériá zdravotnej spôsobilosti pre uchádzačov o zdravotnícke študijné odbory sú: a) vyhovujúci celkový zdravotný stav po absolvovaní preventívnych prehliadok,

b) sluchová ostrosť aspoň jedného ucha pre šepot na 5 metrov,

c) centrálna zraková ostrosť do diaľky s korekciou na lepšom oku minimálne 6/9, do blízka s korekciou j. č. 2, pričom zorné pole na lepšom oku nie je zúžené pod 45°C vo všetkých smeroch.

\*) Nehodiace sa prečiarknite.



## Doklad o očkovaní študenta proti **Vírusovej hepatitíde typu B**

Meno a priezvisko študenta: .....

Akademický rok: .....

Študijný program: .....

---

1.dávka vakcíny proti VHB.

Názov vakcíny: .....

Číslo šarže: .....

Dátum očkovania: .....

2.dávka vakcíny proti VHB.

Názov vakcíny: .....

Číslo šarže: .....

Dátum očkovania: .....

3.dávka vakcíny proti VHB.

Názov vakcíny: .....

Číslo šarže: .....

Dátum očkovania: .....

Podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára: .....