



Střední zdravotnická škola, Svitavy, Purkyňova 256

Adresa: Purkyňova 256/9, Předměstí, 568 02 Svitavy
Telefon: 461 535 100, 461 531 491
Fax: 461 533 053
E-mail: skola@szs.svitavy.cz
Web: www.szs.svitavy.cz
IČO: 00 498 815
Bankovní spojení: č.ú: 6631 591/0100 – KB Svitavy

Evidenční číslo posudku:

LÉKAŘSKÝ POSUDEK

Identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Název poskytovatele:

Adresa poskytovatele:

IČ:

Identifikační údaje posuzované osoby:

Jméno a příjmení posuzované osoby:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu, popřípadě místa pobytu na území ČR, jde-li o cizince:

Účel (důvod) vydání lékařského posudku:

Způsobilost ke studiu oboru vzdělání 53-41-M/04 Masér ve zdravotnictví

Podmínky způsobilosti jsou stanoveny v nařízení vlády č. 211/2010 Sb., ve znění pozdějších předpisů, příloha č. 2, kategorizace 7 a), 8 a), 9 a), 16, 23, 26.

Onemocnění nebo zdravotní obtíže vylučující způsobilost ke studiu:

- prognosticky závažná chronická onemocnění kůže a spojivek včetně onemocnění alergických
- prognosticky závažná chronická onemocnění dýchacích cest a plic včetně onemocnění alergických
- přecitlivělost na alergizující látky používané při praktickém vyučování
- prognosticky závažné poruchy mechanismu imunity
- závažné duševní nemoci a poruchy chování
- nemoci vylučující vydání zdravotního průkazu

Posudkový závěr:

Posuzovaná osoba JE – NENÍ (prosím zaškrtněte) zdravotně způsobilá ke studiu oboru 53-41-M/04 Masér ve zdravotnictví

Poučení: Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona 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. Lhůta pro podání návrhu na přezkoumání počíná běžet prvním dnem následujícím po dni prokazatelného předání lékařského posudku. 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 posudku:

Datum platnosti posudku:

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

Posuzovaná osoba (zákonný zástupce) převzala lékařský posudek do vlastních rukou dne:

Podpis posuzované osoby (zákonného zástupce):