

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, České republiky
odbor mezinárodních vztahů
Karmelitská 7, 118 12 Praha 1 Tel.:257193111 – fax: 257193397

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

Jméno a příjmení kandidáta:

Datum narození:

Adresa:

1/ Je zdravotní stav uchazeče v době vydání tohoto posudku takový, že nelze předpokládat jeho zhoršení v souvislosti s intenzivním studiem v zahraničí ?

2/ Trpěl nebo trpí uchazeč níže uvedenými nemocemi, sdělte přesnou diagnózu, období a vývoj nemoci.

a/ tuberkulóza – uveďte výsledky rtg vyšetření plic, které nejsou starší 6 měsíců

b/ břišní tyfus, pokud ano, uveďte kdy a s jakým výsledkem byly provedeny testy na bacilonosičství

c/ infekce přenášené převážně sexuálním způsobem

d/ poruchy duševní

e/ závažné nemoci oběhové soustavy, včetně nemocí srdce

f/ závažné nemoci dýchací soustavy, včetně chronických nemocí plic

g/ závažné nemoci trávicí soustavy, včetně nemocí jater

h/ závažné nemoci močové a pohlavní soustavy

ch/ další onemocnění vyžadující soustavné lékařské sledování nebo léčení (např. diabetes mellitus, záchvatová onemocnění, novotvary apod.

i/ Další poznámky lékaře:

Datum:

Podpis lékaře:

Jméno lékaře:

Adresa:

Razítko lékaře: