

## LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI KE VZDĚLÁVÁNÍ

vydáván jako příloha přihlášky ke vzdělávání ve střední škole a konzervatoři pro účely posouzení zdravotní způsobilosti ke vzdělávání pro **obor PRAKTICKÁ SESTRA (53-41-M/03)**

Evidenční číslo:

Jméno a příjmení uchazeče .....

Adresa trvalého bydliště .....

Datum narození ..... R. č. ....

*Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,*

obracíme se na Vás se žádostí o určení zdravotní způsobilosti uchazeče o studium na Střední zdravotnické škole v oboru **Praktická sestra 53-41-M/03**. V souladu se základními pedagogickými dokumenty mohou být ke studiu oboru **Praktická sestra** přijímáni pouze ti uchazeči, kteří splňují zdravotní kritéria včetně kritérií pro pracovníky vykonávající činnost epidemiologicky závažnou. Žáci během studia v předmětu Ošetřování nemocných poskytují základní a speciální ošetrovatelskou péči v lůžkových zdravotnických zařízeních, při čemž pracují s těžce nemocnými a nepohyblivými pacienty. Při výběru studijního oboru **NEJSOU** zdravotně způsobilí uchazeči trpící zejména:

- prognosticky závažnými onemocněními podpůrného a pohybového aparátu znemožňujícími zátěž páteře a trupu,
- prognosticky závažnými onemocněními omezujícími funkce končetin,
- prognosticky závažnými chronickými nemocemi dýchacích cest a plic, kůže a spojivek včetně onemocněními alergickými,
- prognosticky závažnými nemocemi srdce a oběhové soustavy vylučujícími středně velkou zátěž,
- prognosticky závažnými poruchami mechanismu imunity,
- prognosticky závažnými a nekompenzovanými formami epilepsie a epileptických syndromů a kolapsovými stavy,
- prognosticky závažnými nemocemi oka znemožňujícími zvýšenou fyzickou zátěž a manipulaci s břemeny,

- prognosticky závažnými poruchami vidění, poruchami barvocitu,
- závažnými duševními nemocemi a poruchami chování.

### Závěr o zdravotní způsobilosti

Posuzovaná osoba je pro vzdělávání ve výše uvedeném oboru vzdělání:

A) ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÁ\*

B) ZDRAVOTNĚ NEZPŮSOBILÁ\*

Dále potvrzuji, že je očkovan proti virové hepatitidě typu B.

A) ANO\*

B) NE\*

Jméno, popřípadě jména, a příjmení poskytovatele v případě fyzické osoby, obchodní firma nebo název poskytovatele v případě právnické osoby, adresa místa poskytování zdravotních služeb, identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno

Datum vydání posudku

Jméno a příjmení posuzujícího lékaře

Razítko a podpis posuzujícího lékaře

Převzal dne

Podpis posuzované osoby (zákonného zástupce)

***Poučení:** Proti tomuto posudku je možno podat podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání. Návrh se podává písemně výše uvedenému lékaři a nemá odkladný účinek. Práva na přezkoumání posudku se lze vzdát, o čemž bude učiněn písemný záznam stvrzený podpisem posuzované osoby.*

\*Nehodící se škrtněte.