



STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, DĚČÍN, ČSL. MLÁDEŽE 5/9, P.O.

## LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ PRO VZDĚLÁVÁNÍ V OBORU ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT

(dle nařízení vlády 211/2010 Sb. ve znění nařízení vlády č. 367/2012 Sb.)

### 1. INFORMACE PRO LÉKAŘE

#### A) Uplatnění absolventa

Po ukončení vzdělávání najde absolvent uplatnění ve všech zdravotnických zařízeních lůžkového i ambulantního charakteru a v domácí ošetrovatelské péči.

#### B) Onemocnění a zdravotní obtíže vylučující zdravotní způsobilost žáka-uchazeče o vzdělávání v oboru **zdravotnický asistent**:

- Prognosticky závažná onemocnění podpurného a pohybového aparátu znemožňující zátěž páteře.
- Prognosticky závažná onemocnění omezující funkce horních nebo dolních končetin (poruchy hrubé i jemné motoriky).
- 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 nemoci srdce a oběhové soustavy vylučující středně velkou zátěž.
- Prognosticky závažné poruchy mechanismu imunity.
- Prognosticky závažné nemoci oka znemožňující zvýšenou fyzickou zátěž a manipulaci s břemeny.
- Závažné duševní nemoci a poruchy chování.

### 2. POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU (příslušný praktický lékař)

\*) *nehodící se škrtněte*

Níže jmenovaný žák-uchazeč **je schopen**<sup>\*)</sup> / **není schopen**<sup>\*)</sup> vzdělávání a výkonu povolání v oboru zdravotnický asistent.

Potvrzuji, že **je**<sup>\*)</sup> / **není**<sup>\*)</sup> očkovan proti VHB.

\_\_\_\_\_  
Příjmení a jméno žáka-uchazeče

\_\_\_\_\_  
Datum narození

\_\_\_\_\_  
Datum vystavení

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis lékaře