

## **Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu oboru zdravotnický asistent**

Jméno a příjmení uchazeče: .....

Datum narození:.....

Bydliště uchazeče: .....

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

uchazeči o studium oboru zdravotnický asistent ( kód oboru 53-41-M/01), musí k přihlášce ke studiu přiložit „Potvrzení o zdravotní způsobilosti ke studiu“. Zdravotní požadavky na uchazeče o studium oboru zdravotnický asistent jsou stanoveny školním vzdělávacím programem pro obor zdravotnický asistent. Určení zdravotní způsobilosti žáka ke vzdělávání na střední škole je dáno § 60, od. 15, zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, jak vyplývá z pozdějších změn. Posouzení zdravotního stavu uchazeče provádí příslušný registrující dorostový lékař. Při výběru studijního oboru nejsou zdravotně způsobilí uchazeči trpící zejména:

- prognosticky závažnými onemocněními podpůrného a pohybového aparátu znemožňujícími zátěž páteře a trupu (např. juvenilní revmatoidní artritida),
- prognosticky závažnými onemocněními omezujícími funkce končetin a s poruchou jemné motoriky,
- prognosticky závažnými chronickými nemocemi dýchacích cest a plic, kůže a spojivek včetně onemocnění alergických,
- prognosticky závažnými nemocemi srdce a oběhové soustavy vylučujícími středně velkou zátěž,
- prognosticky závažnými poruchami mechanismu imunity,
- prognosticky závažnými a nekompensovanými 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 a psychopatologickými rysy osobnosti,
- prokázaným sklonem k abúzu návykových látek a alkoholu.

### **POTVRZENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI KE STUDIU**

DATUM:

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE: