

## Potvrzení o zdravotním stavu pacienta/pacientky

vydávané za účelem prokázání zdravotní způsobilosti k zahraničnímu studijnímu pobytu nebo stáži během studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Jméno a příjmení pacienta/pacientky (studenta/studentky): Klikněte sem a zadejte text.

Datum narození: Klikněte sem a zadejte text.

Země zahraničního pobytu: Klikněte sem a zadejte text.

Termín zahraniční stáže nebo studijního pobytu: Klikněte sem a zadejte text.

### VYPLŇUJE OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ:

Tímto potvrzuji, že výše uvedené(á) pacienta/pacientky je/není po zdravotní stránce schopen(na) absolvovat výše uvedený zahraniční studijní/pracovní pobyt v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Skutečnosti o zdravotním stavu, které by mohly ovlivnit zdravotní stav studenta/studentky během zahraničního studijního pobytu nebo stáže

Alergie:

Dlouhodobá onemocnění a medikace:

Úrazy:

.....  
Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře

.....  
čitelné razítko a podpis lékaře

*Prohlášení pacienta/pacientky (studenta/studentky) o shromažďování osobních údajů*

*Souhlasím s tím, aby se mé osobní údaje uvedené v tomto Potvrzení o zdravotním stavu staly součástí spisu, který je o mé osobě veden Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.*

..... / .....  
Datum

Podpis pacienta/pacientky (studenta/studentky)