

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



Czech Prestige - jazyková škola
s právem státní jazykové zkoušky s.r.o.
IZO: 181036321
Nárožní 2600/9, 158 00 Praha 5
Mob.: +420 775 557 478
Tel.: +420 251 114 692
e-mail: info@czechprestige.cz
www. czechprestige.cz

g/ závažné nemoci trávicí soustavy, včetně nemoci 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: