

## POTVRZENÍ REGISTRUJÍCÍHO VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU PŘIHLÁŠENÉHO DO KURZU

**Příjmení:** ..... **Jméno:** .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: ..... Poj.: .....

---

Alergie: .....

Očkování: .....

Výše jmenovaný uchazeč o přijetí do akreditovaného kvalifikačního kurzu Řidič vozidla zdravotnické záchranné služby netrpí zejména:

- prognosticky závažným onemocněním podpůrného a pohybového aparátu znemožňujícím zátěž páteře a trupu,
- prognosticky závažným onemocněním omezujícím funkci končetin,
- prognosticky závažným chronickým onemocněním dýchacích cest a/nebo plic,
- prognosticky závažným onemocněním kůže a spojivek, a to včetně onemocnění alergických,
- prognosticky závažnými poruchami mechanismu imunity,
- prognosticky závažnými a nekompensovanými formami epilepsie a epileptických syndromů,
- prognosticky závažným onemocněním oka znemožňujícím zvýšenou fyzickou zátěž a manipulaci s břemeny,
- prognosticky závažným onemocněním jater a chronickou virovou hepatitidou,
- nemocemi srdce a oběhové soustavy vylučujícími středně velkou zátěž,
- opakovanými kolapsovými stavy,
- závažnou poruchou vidění a poruchou barvocitu,
- závažnou duševní nemocí a poruchami chování.

Uchazeč netrpí žádným z výše uvedených onemocnění a je očkovan proti virové hepatitidě B, a proto je schopný studia v akreditovaném kvalifikačním kurzu a později zaměstnání řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby.

V ..... dne .....

Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jmenovka a podpis lékaře: .....