

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРАЧА

Jméno a příjmení kandidáta:

Имя, фамилия пациента:

Datum narození:

Дата рождение:

Adresa:

Адрес:

1/ Je zdravotní stav uchazeče v době vydání tohoto posudku takový, že nelze předpokládat jeho zhoršení v souvislosti s intenzivním studiem v zahraničí ?

1/ Является ли состояние здоровья пациента в момент выдачи данного подтверждения таковым, что не предполагается его ухудшение в связи с интенсивным обучением за границей?

2/ Trpěl nebo trpí uchazeč níže uvedenými nemocemi, sdělte přesnou diagnózu, období a vývoj nemoci.

2/ Имелись или имеются у пациента ниже перечисленные заболевания, укажите точный диагноз, период и развитие болезни.

a/ tuberkulóza – uveďte výsledky rtg vyšetření plic, které nejsou starší 6 měsíců

a/ туберкулез – укажите результаты рентгена легких, не старше 6 месяцев

b/ břišní tyfus, pokud ano, uveďte kdy a s jakým výsledkem byly provedeny testy na bacilonosičství

b/ брюшной тиф. Если да, то укажите, с каким результатом были проведены тесты на перенос инфекции

c/ infekce přenášené převážně sexuálním způsobem

c/ инфекция, которая передается половым путем

d/ poruchy duševní

d/ психические расстройства

e/ závažné nemoci oběhové soustavy, včetně nemocí srdce

e/ серьезные заболевания сердечно-сосудистой системы, включая заболевания сердца

f/ závažné nemoci dýchací soustavy, včetně chronických nemocí plic

f/ серьезные заболевания дыхательной системы, включая хронические заболевания легких

g/ závažné nemoci trávicí soustavy, včetně nemocí jater

g/ серьезные заболевания пищеварительной системы, включая заболевания печени

h/ závažné nemoci močové a pohlavní soustavy

h/ серьезные заболевания мочеполовой системы

ch/ další onemocnění vyžadující soustavné lékařské sledování nebo léčení (např. diabetes mellitus, záchvatová onemocnění, novotvary apod.

ch/ другие заболевания, требующие непрерывного медицинского наблюдения либо лечения (напр., диабет, воспалительные заболевания, новообразования и т.д.

i/ Další poznámky lékaře:

i/ Другие примечания врача:

Datum:

Дата:

Podpis lékaře:

Подпись врача:

Jméno lékaře:

Имя врача:

Adresa:

Адрес:

Razítko lékaře:

Печать врача: