



## Potvrzení praktického lékaře o zdravotním stavu uchazeče akreditovaného vzdělávacího kurzu Řidič vozidla zdravotnické záchranné služby

Jméno: ..... Příjmení: .....

Datum narození: ..... rodné číslo ..... pojišťovna .....

Trvalý pobyt

Ulice: ..... č. p.: ..... č. orient.: .....

Město: ..... PSČ: .....

Alergie: .....

Očkování: .....

Uchazeč akreditovaného kvalifikačního kurzu řidiče ZZS netrpí zejména:

- Prognosticky závažným onemocněním podpůrného a pohybového aparátu znemožňující zátěž páteře a trupu
- Prognosticky závažným onemocněním omezující funkci končetin
- Prognosticky závažným chronickým onemocněním dýchacích cest nebo plic
- Prognosticky závažným onemocněním kůže a spojivek, a to včetně alergických
- Prognosticky závažnými poruchami imunity
- Prognosticky závažným a nekompensovanými formami epilepsii a epileptických syndromů
- Prognosticky závažným onemocněním oka znemožňující zvýšenou fyzickou zátěž a manipulaci s břemeny
- Prognosticky závažným onemocněním jater a chronickou virovou hepatitidou
- Nemocemi srdce a oběhové soustavy vylučující středně velkou zátěž
- Opakovanými kolapsovými stavy
- Závažnou poruchou vidění a poruchami barvocitu
- Závažnou duševní nemocí a poruchami chování
- Je řádně očkován proti virové hepatitidě B a je schopen klinické praxe ve zdravotnických zařízeních tak jako u poskytovatele Zdravotnické záchranné služby, kde může být později zaměstnán.

V: ..... dne: ..... Razítko a podpis lékaře: .....