

**POTVRZENÍ PLATNOSTI OČKOVÁNÍ PROTI
SPALNIČKÁM A VIROVÉ HEPATITIDĚ B**

Příjmení a jméno studenta:

Datum narození:

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ročník:

A) Výše jmenovaný student **MÁ / NEMÁ** dostatečnou ochrannou hladinu protilátek proti **SPALNIČKÁM** (vyberte variantu).

1. Test titru IgG proti viru spalniček byl proveden dne:

2. Popř. přeočkování proti spalničkám proběhlo dne:

B) Výše jmenovaný student **MÁ/ NEMÁ** platné očkování proti **VIROVÉ HEPATITIDĚ B** (vyberte variantu).

1. První dávka očkování proběhla dne:

Druhá dávka očkování proběhla dne:

Třetí dávka očkování proběhla dne:

2. Dostatečnou ochrannou hladinu protilátek prokázal test titru protilátek proti HBsAg dne:

V dne

.....
razítko a podpis lékaře