

POTVRZENÍ PLATNOSTI OČKOVÁNÍ PROTI SPALNIČKÁM A VIROVÉ HEPATITIDĚ B

Jméno a příjmení studenta/ky:

Datum narození:

Studijní program: Akademický rok.:

1. Potvrzuji, že výše jmenovaný/á student/ka **MÁ** dostatečnou ochrannou hladinu protilátek proti **SPALNIČKÁM** (níže vyberte vyhovující variantu):

a) prokázanou testem titru IgG proti viru spalniček ze dne:

b) nebo získanou přeočkováním proti spalničkám ze dne:

2. Potvrzuji, že výše jmenovaný/á student/ka **MÁ /NEMÁ*** platné očkování proti **VIROVÉ HEPATITIDĚ B** (*nehodící se škrtněte a níže vyberte vyhovující variantu):

a) první dávka očkování ze dne:

druhá dávka očkování ze dne:

třetí dávka očkování ze dne:

b) nebo **MÁ** dostatečnou ochrannou hladinu protilátek prokázanou testem titru protilátek proti HBsAg ze dne:

Jméno a příjmení lékaře:

V dne

razítko a podpis lékaře