



## Potvrzení lékaře pro vzdělávání v oboru

### **diplomovaný farmaceutický asistent**

Onemocnění a zdravotní obtíže, které dle nařízení vlády č. 167/2014 Sb., v platném znění, **vylučují** zdravotní způsobilost uchazeče ke vzdělávání:

- prognosticky závažná onemocnění omezující funkce horních nebo dolních končetin (poruchy hrubé i jemné motoriky)
- prognosticky závažná chronická onemocnění kůže a spojivek včetně onemocnění alergických z důvodu nemožnosti vyloučit silné znečištění kůže nebo kontakt s alergizujícími látkami při praktickém vyučování
- prognosticky závažná chronická onemocnění dýchacích cest a plic včetně onemocnění alergických z důvodu nemožnosti vyloučit dráždivé a alergizující látky při praktickém vyučování
- přecitlivělost na alergizující látky používané při praktickém vyučování
- prognosticky závažné poruchy mechanismu imunity
- závažné duševní nemoci a poruchy chování

Níže jmenovaná/ý je **schopna/schopen vzdělávání a výkonu povolání** v oboru **diplomovaný farmaceutický asistent**.

Jméno uchazeče: .....

Rodné číslo: .....

Název a kód zdravotní pojišťovny: .....

Datum: .....

Razítko a podpis lékaře:

Poznámka: Vyšetření provádí příslušný