Wrocław, dnia……

……..
(Pieczęć)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół , studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. 2014, poz. 1144)

I.Kieruję na badania lekarskie

…….. ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(imię i nazwisko) data urodzenia dd mm rrrr PESEL

II. W trakcie studiów w szkole wyższej, wyżej wymieniony(a) będzie narażony(a) na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia: ultradźwięki, promieniowanie UV, IR, promieniowanie elektromagnetyczne, w tym szczególnie prądy niskiej, średniej i wysokiej częstotliwości, promieniowanie laserowe, tlenki azotu, zmiany temperatur, środowisko wodno-chemiczne, praca fizyczna i inne zagrożenia, które mogą wystąpić dla **kierunku Fizjoterapia** orzeczone przez lekarza.

…….
pieczęć i podpis kierującego
na badania lekarskie

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie.

Nr identyfikacyjny REGON.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich, stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 roku w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół , studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. 2014, poz. 1144)

u .....
(imię i nazwisko)

urodzonego dnia .....miesiąca .....roku .....

o numerze PESEL:…….

zamieszkałego w .....

kandydata do szkoły wyższej, *studenta szkoły wyższej, *uczestnika studiów doktoranckich,*

w .....
nazwa i adres szkoły wyższej * oraz wydziału (wydziałów)

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia*/kontynuowania* studiów w szkole wyższej.
Data następnego badania……..
2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do –podjęcia * / kontynuowania* studiów w szkole wyższej.

*) Właściwe podkreślić.

Wrocław, dnia..... ……
(Pieczęć)

POUCZENIE:
Osoba zainteresowana otrzymująca zaświadczenie lekarskie w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia – może wystąpić w terminie 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego lub międzywojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.