



POTVRZENÍ O OČKOVÁNÍ PROTI SPALNIČKÁM A VIROVÉ HEPATITIDĚ B

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

OSOBNÍ ČÍSLO

DATUM NAROZENÍ

ADRESA

A) Potvrzuji, že výše jmenovaný/á student/ka Lékařské fakulty v Plzni Univerzity Karlovy

absolvoval/a očkování proti spalničkám
neabsolvoval/a očkování proti spalničkám z důvodu:

PODPIS A RAZÍTKO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH
SLUŽEB V ČR*)

DATUM

B) Potvrzuji, že výše jmenovaný/á student/ka Lékařské fakulty v Plzni Univerzity Karlovy

absolvoval/a poslední dávku očkování proti hepatitidě B v posledních deseti letech
absolvoval/a poslední dávku očkování proti hepatitidě B před více než deseti lety
neabsolvoval/a očkování proti hepatitidě B z důvodu:

má dostatečnou ochrannou hladinu protilátek prokázanou testem titru protilátek proti HBsAg
ze dne

prokazatelně prodělal/a onemocnění virovou hepatitidou B

PODPIS A RAZÍTKO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH
SLUŽEB V ČR*)

DATUM

