



POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ NESCHOPNOSTI

Část A – pro lékaře či jinou osobu povinnou zachovávat mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb

Prohlášení o zproštění mlčenlivosti dle § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve zn. pozdějších předpisů	
VYPLNÍ STUDENT	
Jméno a příjmení	
Trvalé bydliště	
Datum narození	
Heslo pro ověření oprávněné osoby (určí student)	
<p>V souladu s ustanovením § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, tímto zprošťuji lékaře nebo jinou osobu povinnou zachovávat mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb povinnosti zachovávat mlčenlivost o údajích nebo jiných skutečnostech týkajících se mé osoby, o kterých se dozvěděl(a) v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.</p> <p>Uvedené osoby zprošťuji mlčenlivosti v rozsahu, v němž se jedná o údaje nebo jiné skutečnosti rozhodné pro mou neschopnost účastnit se výuky nebo státní závěrečné zkoušky, tedy zejména o údaje o</p> <ul style="list-style-type: none">- dni poskytnutí zdravotní služby nebo vystavení potvrzení zdravotní neschopnosti- tom, zda můj zdravotní stav znemožňuje, resp. činí nevhodnou, účast na fyzicky nenáročném nebo fyzicky náročném výuce (činí mě tedy neschopným zúčastnit se uvedeného typu výuky)- skutečný (došlo-li k němu v minulosti) nebo předpokládaný rozsah trvání mé neschopnosti účastnit se uvedeného typu výuky- nárocích na rekonvalescenci po dobu neschopnosti- změně mého zdravotního stavu relevantního pro mou zdravotní neschopnost. <p>Ve výše uvedeném rozsahu zprošťuji lékaře nebo jinou osobu povinnou zachovávat mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb ve prospěch osoby, která se osobně, písemně nebo telefonicky prokáže heslem mnou uvedeným v záhlaví.</p>	
Datum	
Podpis studenta	



POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ NESCHOPNOSTI

Část B – pro studenta

Potvrzení se vydává pro potřeby Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (PF JU) jako doklad pro omluvu plnění studijních povinností

Práva a povinnosti studentů PF JU vyplývají z § 62 a § 63 zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a zejména pak ze studijního programu a Studijního a zkušebního řádu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (Studijní a zkušební řád); jejich součástí je povinná účast na cvičeních a seminářích, a to v rozsahu určeném vyučujícím. Děkan může, v případech uvedených ve Studijním a zkušebním řádu a na základě posouzení závažnosti onemocnění vzhledem k charakteru studijních povinností, rozhodnout o odložení plnění studijních povinností ze zdravotních důvodů, které žadatel(ka) odpovídajícím způsobem doloží.

V části B potvrzuje odborný nebo praktický lékař zdravotní neschopnost studenta účastnit se výuky anebo kontroly studia (zkoušky, zápočtu, kolokvia nebo státní zkoušky), a to s ohledem na průběh onemocnění nebo nároky na jeho rekonvalescenci. Student potvrzení předloží na studijním oddělení jako nezbytnou součást příslušné žádosti, jako doklad o zdravotních potížích, které vedou k neplnění studijních povinností. PF JU je oprávněna ověřit údaje v něm uvedené, protože je student povinen odevzdáním vyplněné části A lékaři zprostit jeho nebo jinou osobu povinnou zachovávat mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb mlčenlivosti. Údaje a skutečnosti uvedené v části B nebudou považovány za doložené, nebude-li možné je ověřit.

Odevzdání části B s nepravdivými nebo pozměněnými údaji bude považováno za podvod a tedy též za disciplinární přestupek podle zákona o vysokých školách. Sankcí za něj může být dle okolností případu též vyloučení ze studia.

VYPLNÍ STUDENT

Jméno a příjmení	
Trvalé bydliště	
Datum narození	
Osobní číslo studenta	
Heslo pro ověření oprávněné osoby (určené v části A)	



POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ NESCHOPNOSTI

VYPLNÍ LÉKAŘ nebo jím pověřená osoba	
<input type="checkbox"/>	Neschopnost účastnit se FYZICKY NENÁROČNÉ výuky (ve třídě)
Datum prvního dne neschopnosti	Datum posledního dne neschopnosti (skutečný nebo předpokládaný den; nelze-li určit, postačí uvést předpokládaný počet týdnů či měsíců)
Popis nároků na rekonvalescenci po dobu neschopnosti (z nichž uvedená neschopnost vyplývá)	
Jméno a příjmení lékaře	
Adresa nebo označení zdravotnického zařízení (není třeba, je-li uvedeno na razítku)	
Telefon	
Datum, razítko a podpis lékaře nebo jím pověřené osoby (s uvedením jména osoby, je-li odlišná od lékaře)	



POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ NESCHOPNOSTI

VYPLNÍ LÉKAŘ nebo jím pověřená osoba	
<input type="checkbox"/>	Neschopnost účastnit se FYZICKY NÁROČNÉ výuky (na sportovišti); má se za to, že je automaticky dána při neschopnosti účastnit se fyzicky nenáročné výuky (ve třídě)
Datum prvního dne neschopnosti	Datum posledního dne neschopnosti (skutečný nebo předpokládaný den; nelze-li určit, postačí uvést předpokládaný počet týdnů či měsíců)
Popis nároků na rekonvalescenci po dobu neschopnosti (z nichž uvedená neschopnost vyplývá)	
Jméno a příjmení lékaře	
Adresa nebo označení zdravotnického zařízení (není třeba, je-li uvedeno na razítku)	
Telefon	
Datum, razítko a podpis lékaře nebo jím pověřené osoby (s uvedením jména osoby, je-li odlišná od lékaře)	



POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ NESCHOPNOSTI

VYPLNÍ LÉKAŘ nebo jím pověřená osoba			
<input type="checkbox"/>	Neschopnost účastnit se STÁTNÍ ZÁVĚREČNÉ ZKOUŠKY		
Datum prvního dne neschopnosti		Datum posledního dne neschopnosti (skutečný nebo předpokládaný den; nelze-li určit, postačí uvést předpokládaný počet týdnů či měsíců)	
Popis nároků na rekonvalescenci po dobu neschopnosti (z nichž uvedená neschopnost vyplývá)			
Jméno a příjmení lékaře			
Adresa nebo označení zdravotnického zařízení (není třeba, je-li uvedeno na razítku)			
Telefon			
Datum, razítko a podpis lékaře nebo jím pověřené osoby (s uvedením jména osoby, je-li odlišná od lékaře)			