



## POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ NESCHOPNOSTI

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>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</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <b>VYPLNÍ STUDENT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Jméno a příjmení</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>Trvalé bydliště</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>Datum narození</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Heslo pro ověření oprávněné osoby</b><br>(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, <b>tímto zprošťuji lékaře nebo jinou osobu</b> povinnou zachovávat mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb <b>povinnosti zachovávat mlčenlivost</b> 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 <b>v rozsahu, v němž se jedná o údaje nebo jiné skutečnosti rozhodné pro mou neschopnost účastnit se výuky nebo státní závěrečné zkoušky</b>, tedy zejména o údaje o</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- dni poskytnutí zdravotní služby nebo vystavení potvrzení zdravotní neschopnosti</li><li>- 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)</li><li>- skutečný (došlo-li k němu v minulosti) nebo předpokládaný rozsah trvání mé neschopnosti účastnit se uvedeného typu výuky</li><li>- nárocích na rekonvalescenci po dobu neschopnosti</li><li>- změně mého zdravotního stavu relevantního pro mou zdravotní neschopnost.</li></ul> <p>Ve výše uvedeném rozsahu zprošťuji lékaře nebo jinou osobu povinnou zachovávat mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb <b>ve prospěch osoby</b>, která se osobně, písemně nebo telefonicky <b>prokáže heslem</b> mnou uvedeným v záhlaví.</p> |  |
| <b>Datum</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>Podpis studenta</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |



# 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

|                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------|--|
| <b>Jméno a příjmení</b>                                        |  |
| <b>Trvalé bydliště</b>                                         |  |
| <b>Datum narození</b>                                          |  |
| <b>Osobní číslo studenta</b>                                   |  |
| <b>Heslo pro ověření oprávněné osoby</b><br>(určené v části A) |  |



## POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ NESCHOPNOSTI

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



## POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ NESCHOPNOSTI

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



## POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ NESCHOPNOSTI

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