

Doklad o očkovaní študenta FZV UCM proti VHB

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Trvalé bydlisko:

Podanie I. dávky vakcíny proti VHB:

Dátum:

Názov vakcíny:

Číslo šarže:

Pečiatka a podpis očkujúceho lekára:

Podanie II. dávky vakcíny proti VHB:

Dátum:

Názov vakcíny:

Číslo šarže:

Pečiatka a podpis očkujúceho lekára:

Podanie III. dávky vakcíny proti VHB:

Dátum:

Názov vakcíny:

Číslo šarže:

Pečiatka a podpis očkujúceho lekára:

(Po podaní poslednej dávky poslucháč tento doklad odovzdá na FZV)

Poznámka: Očkovanie proti VHB podľa §7 ods. 2 písm. e) vyhláška MZ SR č. 585/2008 Z.z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení je pre študentov zdravotníckych študijných odborov na vysokých školách povinné a v zmysle indikačných obmedzení v rámci kategorizácie liekov je hrazené zdravotnými poisťovňami.