

Egészségügyi nyilatkozat – Health Status Declaration

(szakmai gyakorlatra érkezőktől – kitöltendő a szakmai gyakorlat megkezdése előtt 1 héten belül)

- I. Munkavállaló/tanuló/munkanélküli/munkát végző személy (a továbbiakban együtt vizsgált személy)

Neve:**Name**

Címe:**Adrees**

Születési helye, ideje:**Birth Place, Date**

TAJ száma:**NEPTUN Code**

Munka/tevékenységi köre **student**:.....

Képzés és gyakorlat megnevezése: **Field of training**:

.....

-
- II. Munkaköri, szakmai, illetve egészségi alkalmasságot elbíráló orvos

Véleménye: alkalmas **acceptable** – nem alkalmas **non acceptable** Limitation of the acceptability:

Neve: Dr. Hollós Sándor

Címe:1088. Budapest, Vas u. 17

Telefonszáma: 486-59-75 PH

-
- III. A vizsgált személy nyilatkozata

Hepatitis B elleni védőoltásban részesültem/nem részesültem*. (*a megfelelő aláhúzendó, ***please inderline**)

Ha igen, mikor? (dátum)

***I have been vaccinated Hepatitis B, Date of vaccin.: 1.:..... 2.:..... 3.:.....**

***I am not vaccinated by Hepatitis B**

Medical announcement

I, undersigned oblige myself to

1. show up for an extraordinary aptitude test at the doctor on duty in case I experience any symptoms of the following illnesses on me or on the person living in the same household with me:
 - Jaundice
 - Diarrhea
 - Vomiting
 - Fever
 - Throal angine
 - Rash/pimples
 - Other skin disorders (even in case of the smallest suppuration, injury etc.)
 - Eye/Ear/Nose disorders with exudation
2. inform the doctor on duty before returning (after break) to practices in case I experience any symptoms of the above mentioned illnesses.

I am aware that the above mentioned commitment is the precondition of starting my field practice and that all information given by myself will be treated as confidential by the Faculty.

Date: _____

signature of examined student