



WYŻSZA SZKOŁA HUMANISTYCZNA
WE WROCŁAWIU
54-436 Wrocław, ul. Wojrowicka 58
REG. 932836441 NIP 894-27-38-000
tel./fax 71 349 06 40, 71 354 37 49
ADRES DO KORESPONDENCJI
54-062 Wrocław, ul. Stabłowicka 95

/pieczęć placówki dydaktycznej/

SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE

Stosownie do przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2010 roku w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów i uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. Nr 155, poz. 1045),

kieruję na badania lekarskie Pana/Panią:

..... ur. / / r. w

/imię i nazwisko/

PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

- kandydata do szkoły / ucznia szkoły ponadpodstawowej / ucznia szkoły ponadgimnazjalnej*
- kandydata do szkoły wyższej** / studenta szkoły wyższej* na kierunku: **FIZJOTERAPIA**
- uczestnika studiów doktoranckich*

Wyżej wymieniony/a będzie / jest* narażony/a na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu / studiów / studiów doktoranckich*:

promieniowanie elektromagnetyczne niskiej i wysokiej częstotliwości w zakresie stosowanym w aparaturze terapeutycznej, promieniowanie laserowe, środowisko wodno - chemiczne (hydroterapia, jonoforeza, krioterapia), substancje i odczynniki chemiczne (laboratorium biochemiczne), warunki uciążliwe dla zdrowia (praca przy komputerze), zagrożenie chorobami zakaźnymi - zakażenia krwiopochodne, gruźlica (zajęcia o charakterze klinicznym na oddziałach szpitalnych). Od kandydata wymagana jest także znaczna sprawność fizyczna.

* właściwe podkreślić

....., dnia r.

REKTOR

.....
dr Robert Dziuba

/pieczęć i podpis kierującego
na badanie lekarskie/

UWAGA:

Przed wystawieniem zaświadczenia lekarskiego prosimy o zapoznanie się z przeciwwskazaniami do studiowania na kierunku fizjoterapia w Wyższej Szkole Humanistycznej we Wrocławiu (załącznik 1 do niniejszego skierowania).



**WYŻSZA SZKOŁA HUMANISTYCZNA
WE WROCŁAWIU**
54-436 Wrocław, ul. Wojrowicka 58
REG. 932836441 NIP 894-27-38-000
tel./fax 71 349 06 40, 71 354 37 49
ADRES DO KORESPONDENCJI
54-062 Wrocław, ul. Stabłowicka 95

Załącznik 1

/pieczęć placówki dydaktycznej/

PRZECIWWSKAZANIA DO STUDIOWANIA NA KIERUNKU: FIZJOTERAPIA

/Wyższa Szkoła Humanistyczna we Wrocławiu/

Przeciwwskazaniami do podjęcia kształcenia na kierunku: fizjoterapia w Wyższej Szkole Humanistycznej we Wrocławiu mogą być schorzenia spełniające nw. kryteria:

- następstwa trwałych uszkodzeń **ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego** (np. zaburzenia równowagi, poważne zaburzenia mowy, padaczka, skłonność do utrat przytomności, niedowłady, porażenia, etc.),
- znaczne **upośledzenie wzroku lub słuchu**, niepoddające się korekcji,
- wady wrodzone i zmiany chorobowe **narządu ruchu**, ograniczające w znacznym stopniu sprawność i funkcjonowanie organizmu (np. wady wrodzone kręgosłupa, zniekształcenie klatki piersiowej, zniekształcenie stóp, skoliozy II-IV stopnia, etc.),
- choroby **układu krążenia i oddychania**, upośledzające w znacznym stopniu funkcjonowanie organizmu,
- patologiczna **otyłość** lub znacząca **niedowaga** w przebiegu odżywiania,
- rozległe i trwałe **zmiany chorobowe skóry**, zwłaszcza części odkrytych ciała,
- zniekształcenia lub zeszpecenia powodujące **odrażający wygląd zewnętrzny**,
- **przewlekłe schorzenia**, które w istotny sposób utrudniają funkcjonowanie społeczne,
- **uzależnienie** od alkoholu, leków, narkotyków czy środków odurzających,
- **choroby psychiczne**,
- **choroby weneryczne**,
- **AIDS**.

Potwierdzam, iż przed wystawieniem zaświadczenia lekarskiego Pani/Panu,
kandydującej/emu na studia licencjackie, na kierunek: fizjoterapia w Wyższej Szkole Humanistycznej we Wrocławiu,
zapoznałem się z powyższymi przeciwwskazaniami.

....., dnia r.

.....
/pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie/

/pieczęć jednostki przeprowadzającej badanie/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego, mającego na celu ocenę możliwości pobierania nauki, uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich osób badanych, stosownie do przepisu art. 5 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004r. Nr 125, poz. 1317 ze zm.), **orzeka się, że:**

u Pani/Pana ur. / / r. w

PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

podejmującej/ego / kontynuującej/ego* naukę zawodu / studia / studia doktoranckie* w: **WYŻSZEJ SZKOLE HUMANISTYCZNEJ WE WROCŁAWIU - ul. Wojrowicka 58**, na kierunku kształcenia: **FIZJOTERAPIA**

- brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia / kontynuowania* praktycznej nauki zawodu / studiów / studiów doktoranckich* - data kolejnego badania lekarskiego: / / r.
- Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia / kontynuowania* praktycznej nauki zawodu / studiów / studiów doktoranckich*

* właściwe podkreślić

....., dnia r.

.....
/pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie/

POUCZENIE

Zgodnie z § 5 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2010r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów i uczestników doktoranckich (Dz. U. Nr 155, poz. 1045) osoba badana lub placówka dydaktyczna, która nie zgodzi się z treścią orzeczenia, może wystąpić w terminie 14 dni od dnia doręczenia zaświadczenia, za pośrednictwem lekarza, który wydał to zaświadczenie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania.