

ORVOSI IGAZOLÁS

Vezetéknév: _____

Keresztnév: _____

Állandó lakcím: _____

Születési hely, idő (év/hónap/nap) _____

Fent nevezett személy fertőző betegségben nem szenved, jó fizikai és mentális állapotban van.

Kérjük a megfelelőt bekarikázni	Vizsgálat dátuma*	Eredmény
Hepatitis-B: oltva/anti-HBs titer szint vizsgálva / nem vizsgálva (kérjük a védőoltásról szóló igazolást csatolni)		negatív / pozitív
Mellkasröntgen: vizsgálva / nem vizsgálva (kérjük a sikeres felvételi után elvégeztetni)		negatív / pozitív

Megjegyzés:

Krónikus betegségek: _____

Speciális igények: _____

HÁZIORVOS NEVE, CÍME:

KELT:

HÁZIORVOS ALÍRÁSA, BÉLYEGZŐJE:

Amennyiben bármilyen ellentmondás fennáll, a vizsgálat megismétlésre kerül a PTE KK, Foglalkozás-egészségügyi és Munkahigiénés Központjában.