USTANOVA:

**POTVRDA NADLEŽNOG ŠKOLSKOG LIJEČNIKA**

**O ZDRAVSTVENIM I PSIHOFIZIČKIM SPOSOBNOSTIMA ZA STUDIJ NA Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu (zaokružiti jedan studij)**

**studij Farmacije studij Medicinske biokemije**

Ime i prezime pristupnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rođenja (dan, mjesec, godina): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mjesto stalnog boravka (ulica, kućni broj, poštanski broj, mjesto): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nakon pregleda pristupnika, uvida u dostupnu medicinsku dokumentaciju i upitnika koji je ispunio pristupnik te potpisao propisani obrazac, nadležni školski liječnik daje sljedeće mišljenje o zdravstvenim i psihofizičkim sposobnostima za studij farmacije/medicinske biokemije **(zaokružiti a ili b)**:

**a) Pristupnik nema zdravstvenih i psihofizičkih teškoća koje su zapreka za studij farmacije / medicinske biokemije te se izdaje potvrda**

**b)** Pristupnik je upoznat da ima zdravstvene i/ili psihofizičke teškoće i ukoliko bi zbog njih proistekle teškoće tijekom studiranja snosi osobno odgovornost.

Navesti koje teškoće ima pristupnik:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potvrda se izdaje uz navedeno upozorenje. Uz potvrdu je potrebno priložiti medicinsku dokumentaciju.

**Pristupnik je dužan uz potvrdu priložiti ako ima:**

**- rješenje o tjelesnom oštećenju**

**- rješenje o primjerenom programu obrazovanja**

**- odluku o polaganju ispita državne mature uz prilagodbu ispitne tehnologije**

Nadležni školski liječnik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(potpis i faksimil)

Mjesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MP

*Zdravstveni zahtjevi za studij farmacije / medicinske biokemije:*

* *Uredan vid bez ili s korekcijom*
* *Uredno razlikovanje boja (Ishihara test – 24 slike)*
* *Uredan sluh bez slušnog pomagala ili uz korištenje slušnog pomagala s mogućnošću adaptacije na medicinske instrumente*
* *Uredna sposobnost funkcionalnog glasovno-jezičnog-govornog izražavanja u svrhu uspostavljanja komunikacije - sposobnost razgovijetne i razumljive artikulacije*
* *Uredna funkcija mišićno-koštanog sustava, trupa, gornjih i donjih ekstremiteta – očuvana funkcionalna pokretljivost kralježnice, gornjih i donjih ekstremiteta u fiziološkim granicama, uredna gruba i fina motorika gornjih i donjih ekstremiteta*
* *Uredna ravnoteža i stabilno stanje svijesti - odsutnost težih i trajnih odstupanja*
* Uredno kognitivno funkcioniranje
* Uredno emocionalno funkcioniranje
* *Uredno psiho motoričko funkcioniranje (podrazumijeva uredne mentalne funkcije kontrole motornih i psiholoških procesa na razini tijela)*
* *Odsutnost alergije na profesionalne alergene – lijekove (inhalacijske i kontaktne)*
* Uredna procijepljenost prema važećem kalendaru cijepljenja po kojem je pristupnik cijepljen

**Farmaceutsko-biokemijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu može zatražiti dodatnu provjeru zdravstvenih zahtjeva u slučaju izdavanja potvrde „b”.**