

- ZA UPIS NA **IZVANREDNI** STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

POTVRDA LIJEČNIKA OPĆE MEDICINE O ZDRAVSTVENIM I PSIHOFIZIČKIM SPOSOBNOSTIMA
ZA STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI **STUDIJ SESTRINSTVO** NA VELEUČILIŠTU U BJELOVARU
(NE STARIJA OD 6 MJESECI)

Ime i prezime pristupnika/ice: _____

Datum rođenja: _____

Adresa prebivališta: _____

Opći zdravstveni zahtjevi:

Uredno kognitivno i emocionalno funkcioniranje. Uredno psiho-motorno funkcioniranje (uredne mentalne funkcije, uredne kontrole motornih i psiholoških procesa na razini tijela). Uredna funkcija mišićno-koštanog sustava (očuvana pokretljivost kralježnice, gornjih i donjih ekstremiteta u fiziološkim granicama, uredna gruba i fina motorika ekstremiteta). Uredna ravnoteža i stabilno stanje svijesti. Odsutnost alergije na profesionalne antigene. Uredna procijepljenost prema važećem kalendaru po kojem je pristupnik cijepjen.

Specifični zdravstveni zahtjevi:

Uredan vid s ili bez korekcije. Uredno razlikovanje boja (Ishihara test). Uredan sluh bez pomagala ili uz korištenje pomagala s mogućnošću adaptacije na medicinske instrumente. Uredna sposobnost glasovno-jezično- govornog izražavanja u svrhu komunikacije. Uredna funkcija srčano - žilnog sustava. Uredna funkcija kože na šakama i podlakticama. Uredna funkcija imunološkog sustava (izostanak imunokompromitiranosti).

Na temelju anamneze i pregleda pristupnika/ice, uvida u medicinsku dokumentaciju i upitnik o zdravstvenom stanju pristupnika/ice, nadležni školski liječnik daje mišljenje (**zaokružiti A ili B**)

- A) Pristupnik/ica nema zdravstvenih i psihofizičkih teškoća koje su zapreka za školovanje na stručnom prijediplomskom studiju Sestrinstvo
- B) Pristupnik/ica je upoznat/a da ima zdravstvene i/ili psihofizičke teškoće koje mogu biti zapreka za školovanje na stručnom prijediplomskom studiju Sestrinstvo.

Teškoće utvrđene kod pristupnika/ice su:

Navedene teškoće mogu nepovoljno utjecati na tijek studija. Pristupnik/ica je o istom upoznat/a i snosi osobnu odgovornost.

Veleučilište u Bjelovaru može zatražiti dodatnu provjeru zdravstvenih zahtjeva u slučaju izdavanja potvrde pod B.

Mjesto i datum izdavanja

Ustanova izdavanja

Nadležni liječnik opće medicine

Pečat

Potpis i faksimil