



Potvrdenie o očkovaní žiaka proti VHB (Vírusová hepatitída typu B)

Meno a priezvisko žiaka:

Rodné číslo:

Bydlisko:

Študijný odbor:

Dátum podania očkovacej látky:

- I. dávka
- II. dávka
- III. dávka

Dátum, pečiatka a podpis lekára:

Poznámka:

Očkovanie proti VHB podľa §7 ods. 2 písm. e) vyhláška MZ SR č. 585/2008 Z.z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení je **pre študentov zdravotníckych študijných odborov na stredných školách povinné. Žiaci sa očkujú tak, aby pri nástupe na praktické vyučovanie mali podané najmenej dve dávky očkovacej látky.**