**Potvrzení o preventivní prohlídce vstupní / výstupní**

*Medical check-up confirmation entrance / exit*

**Potvrzuji, že............................................................................., narozen/a dne .........................,**

*I certify that date of birth*

**student/ka Univerzity Karlovy, 1. lékařské fakulty (1.LF),**

*student of First Faculty of Medicine, Charles University,*

**absolvoval/a dne ......................... preventivní prohlídku v rozsahu stanoveném**

*underwent (date) preventive medical examination to the extent specified by*

**ve vyhlášce č.70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, včetně HIV testu.**

*decree no. 70/2012 Coll., about preventive screenings including HIV test.*

**Datum: Razítko a podpis praktického lékaře**

*Date: GP‘ stamp and signature*

**Potvrzení o očkování proti virové hepatitidě B**

*Vaccination against Hepatitis B confirmation*

**Potvrzuji, že..........................................................................., narozen/a dne ............................,**

*I certify that date of birth*

**student/ka Univerzity Karlovy, 1. lékařské fakulty (1.LF),**

*student of Charles University, First Faculty of Medicine (1.LF),*

1. **absolvoval/a dne .......................kompletní očkování proti virové hepatitidě B dle § 9 vyhlášky**

*underwent (date) complex vaccination against hepatitis B in accordance with § 9 of the decree*

**MZ ČR č.537/2006 Sb. třemi dávkami očkovací látky** **dle řádného schématu**

*MZ ČR no.537/2006 Coll.by three doses of the vaccine according to the application scheme.*

1. **má dostatečné množství protilátek proti HbsAg přesahujícím 10IU/litr (v případě, že byl/a**

*Have a sufficien amount of antibodies against HBsAg exceeding* ***10IU/l*** *(in case the vaccination took place before studies at 1.LF)*

**očkován/a před nástupem na 1.LF)**

1. **byl/a** **z důvodu nízké hladiny protilátek v rozmezí 1 až 9,9 IU/l přeočkován/a alespoň jednou**

*was revaccinated due to the low levels of antibodies in the range of 1 to 9,9IU/l by at least one booster dose of vaccine*

**dávkou vakcíny**

* **správnou variantu prosím viditelně označte na tomto formuláři**

Please indicate clearly the correct option from the choice above

**Datum:**

*Date:*

**Razítko a podpis očkovacího centra Ústavu hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN**

**(Studničkova 7, Praha 2)**

*Stamp and signature of the vaccination centre of the Institute of Hygiene and Epidemiology, First Faculty of Medicine*

*(Studničkova 7, Prague 2)*

**………………………………………**