

USTANOVA:

**POTVRDA NADLEŽNOG ŠKOLSKOG LIJEČNIKA
O ZDRAVSTVENIM I PSIHOFIZIČKIM SPOSOBNOSTIMA ZA STUDIJ DENTALNE MEDICINE**

Ime i prezime pristupnika: _____

Datum rođenja (dan, mjesec, godina): _____

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

Zdravstveni zahtjevi za studij Dentalne medicine:

- 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-motorno funkcioniranje (podrazumijeva uredne mentalne funkcije, uredne 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

Nakon pregleda pristupnika, uvida u dostupnu medicinsku dokumentaciju i upitnik koji je ispunio i potpisao pristupnik, nadležni školski liječnik daje sljedeće mišljenje o zdravstvenim i psihofizičkim sposobnostima za studij medicine **(zaokružiti A ili B)**:

A) Pristupnik nema zdravstvenih i psihofizičkih teškoća koje su zapreka za studij Dentalne medicine 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.

Navedi 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

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu može zatražiti dodatnu provjeru zdravstvenih zahtjeva u slučaju izdavanja potvrde B.

Nadležni školski liječnik: _____

(potpis i faksimil)

Mjesto: _____

Datum: _____