**Použijte českou NEBO anglickou variantu / Use the Czech OR English version**

**Česky:**

**LÉKAŘSKÝ CERTIFIKÁT**

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Adresa:

1. **Je zdravotní stav žadatele v době vydání tohoto lékařského potvrzení takový, že mu umožňuje intenzivní studium v zahraničí?**
2. Trpěl/Trpí žadatel v současné době některou z níže uvedených nemocí? Pokud ano, uveďte prosím přesnou diagnózu, období a vývoj onemocnění:

a) Tuberkulóza – uveďte prosím výsledky RTG hrudníku ne starší 6 měsíců\*

b) Břišní tyfus – pokud ano, uveďte, kdy byly provedeny bacilonosičské testy a jaký byl jejich výsledek

c) Pohlavně přenosné infekce

d) Duševní poruchy

e) Závažná onemocnění kardiovaskulárního systému, včetně onemocnění srdce

f) Závažná onemocnění dýchacího systému, včetně chronického onemocnění plic

g) Závažná onemocnění gastrointestinálního systému, včetně onemocnění jater

h) Závažná onemocnění močového a reprodukčního systému

i) Jakákoli jiná onemocnění, která vyžadují systematické lékařské sledování nebo léčbu (např. diabetes mellitus, záchvaty nebo záchvaty, novotvary atd.)

**Datum a podpis lékaře:**

**Jméno lékaře:**

**Adresa:**

Razítko lékaře:

\*) Výsledky prosím zapisujte slovně a nepřikládejte rentgenové snímky!

**English:**

**MEDICAL CERTIFICATE**

**Name and surname of the applicant:**

**Birthdate:**

**Address:**

**1) Is the applicant's state of health at the time of issuing this medical certificate such that it allows him to study intensively abroad?**

2) Has the applicant suffered/Does the applicant currently suffer from any of the diseases given below? If so, please indicate the exact diagnosis, period and development of the disease.

a) Tuberculosis – please state the results of chest X-rays no more than 6 months old\*

1. b) Typhoid fever – if yes, please state when bacilli-carriage tests were performed and what their result was
2. c) Sexually transmitted infections
3. d) Mental disorders
4. e) Severe cardiovascular system diseases, including heart disease
5. f) Severe respiratory system diseases, including chronic pulmonary disease
6. g) Severe gastrointestinal system diseases, including liver disease
7. h) Severe urinary and reproductive systems diseases
8. i) Any other diseases that require systematic medical monitoring or treatment (e.g. diabetes mellitus, attacks or seizures, neoplasms, etc.)

**Signature of the medical doctor:**

**Name of the medical doctor:**

**Address:**

**Stamp of the medical doctor:**

\*) Please write down the results in words and do not enclose X-rays! Doctor's date and signature: