



SLOVENSKÁ  
ZDRAVOTNICKÁ  
UNIVERZITA



Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave  
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií  
Limbová 12  
833 03 Bratislava

---

## Potvrdenie o očkovaní študenta proti **Vírusovej hepatitíde typu B**

(Potvrdenie o podaní minimálne dvoch dávok očkovacej látky proti vírusovej hepatitíde B odovzdá prijatý uchádzač v deň zápisu na štúdium študijnej referentke.)

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Študijný program: .....

---

### Podanie I. dávky vakcíny proti VHB:

Názov vakcíny:

Dátum:

### Podanie II. dávky vakcíny proti VHB:

Názov vakcíny:

Dátum:

### Podanie III. dávky vakcíny proti VHB:

Názov vakcíny:

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára: .....

**Poznámka:** Očkovanie proti VHB podľa §7 ods. 2 písm. e) vyhlášky MZ SR č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení v znení neskorších predpisov je pre študentov zdravotníckych študijných odborov na vysokých školách povinné.