

Potvrdenie o zdravotnom znevýhodnení

Časť 1 Údaje o študentovi

Meno a priezvisko študenta:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

Časť 2 Meno, titul a profesionálne zameranie odborníka vystavujúceho potvrdenie:

.....
.....

Kontaktné údaje:

tel.:

Časť 3 Druh a stupeň zdravotného postihnutia/ochorenia, správa o priebehu a vývoji zdravotného postihnutia/ ochorenia:

.....
.....
.....
.....

Časť 4 Vplyv na štúdium, odporúčané formy podpory, ktoré bude študent potrebovať počas štúdia ako kompenzáciu dôsledkov zdravotného postihnutia/ ochorenia, napr.:

- častejšia absencia na vyučovaní,
- potreba predĺženia času na plnenie študijných povinností,
- v aktuálnom prípade potreba zmeny termínu skúšky,
- potreba prispôbiť formu skúšky (napr. predĺženie času, prestávky, a pod.),
- vhodné/prispôsobené miesto v učebni z dôvodu obmedzenej mobility,
- primerané úpravy a podporné služby (prosím špecifikovať):

.....

.....

- iné (prosím špecifikovať):

.....

.....

.....

dátum

podpis a pečiatka

Poznámka: Vyplnené potvrdenie odovzdá študent so špecifickými potrebami spolu s posledným lekárskim nálezom na študijné oddelenie príslušnej fakulty UMB

Poučenie:

Akceptovateľná zdravotná dokumentácia spĺňa tieto požiadavky:

a) Pôvod zdravotnej dokumentácie:

- pochádza od lekára špecialistu na aktuálne ochorenie/ zdravotné postihnutie; potvrdenie od všeobecného lekára sa neakceptuje;
- je potvrdená a podpísaná špecialistom, obsahuje kontaktné informácie na zariadenie/ špecialistu, ktorý dokument vystavil.

b) Časová platnosť:

- nie staršia ako 3 mesiace.

c) Obsah:

- lekársky nález,
- správa o priebehu a vývoji zdravotného postihnutia/ choroby, alebo výpis zo zdravotnej dokumentácie,
- informácia o vplyve ochorenia/ zdravotného postihnutia na schopnosť študovať,
- informácia o prípadnom vplyve akademického prostredia a štúdia na vývoj ochorenia (napr. pri psychickom ochorení), resp. na stav študenta,
- rámcové odporúčania na adaptácie pri štúdiu.