

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

Evidenční číslo posudku:

Posudek je platný 24 měsíců od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Nechte vyplnit praktickým lékařem vašeho dítěte.

Vyplňte čitelně hůlkovým písmem.

I. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:

IČ:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště dítěte:

II. ÚČEL POSUDKU

Účast na zotavovací akci, škole v přírodě, letním táboře.

III. POSUDKOVÝ ZÁVĚR

A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě, zotavovací akci nebo letním táboře:

a) je zdravotně způsobilé *)

b) není zdravotně způsobilé *)

c) je zdravotně způsobilé s omezením *) **)

B) Posuzované dítě:

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: **ANO x NE**

b) je proti nákaze imunní (typ/druh):

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):

d) je alergický na:

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

Poznámka:

*) Nehodící se škrtněte.

**) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

IV. POUČENÍ

Proti bodu III. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

V. OPRÁVNĚNÁ OSOBA

Jméno, popřípadě jména, a příjmení oprávněné osoby:

.....

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte):

.....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou:

.....

dne

.....

podpis oprávněné osoby

.....
datum vydání posudku

.....
jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotních služeb