

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTEK ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek, adresa sídla poskytovatele, IČO:

.....

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte:

.....

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

Část A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé*)
b) není zdravotně způsobilé*)
c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) */ **

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

Část B) Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE*
b) je proti nákaze imunní (typ/druh)
c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
d) je alergické 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.

Datum vydání posudku:

.....
podpis, jmenovka lékaře + razítko zdrav. zařízení

Poučení: Proti části A tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 46 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.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby

Vztah k dítěti

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

.....
podpis oprávněné osoby