

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

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

IČO:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště v ČR dítěte:

2. Účel vydání posudku

3. Posudkový závěr

A. Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci nebo škole v přírodě

a) JE zdravotně způsobilé *)

b) NENÍ zdravotně způsobilé *)

c) JE zdravotně způsobilé s omezením *) **)

B. Posuzované 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.

4. Poučení

Proti bodu 3. 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.

5. Oprávněná osoba

Jméno a příjmení oprávněné osoby:

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

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

.....
podpis oprávněné osoby

.....
datum vydání posudku

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