

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště posuzovaného 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/dn-lh, 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 odst. Zákona č.373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovní 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:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

podpis oprávněné osoby

Datum vydání posudku:_____

Jméno, příjmení a podpis lékaře

Razítko poskytovatele zdravotních služeb