

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI
NA ZOTAVOVACÍ AKCI, 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 na území České republiky posuzovaného dítěte:

2. Posudkový závěr

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

- a) je zdravotně způsobilé*)
- b) není zdravotně způsobilé*)
- c) je zdravotně způsobilé s omezením*)
(Uvede se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na akci).

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.

3. 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 je 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.

4. Oprávněná osoba

Jméno a příjmení oprávněné osoby: _____

Vztah k posuzovanému dítěti: _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

.....
podpis oprávněné osoby

.....
Datum vydání posudku

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře