

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Posuzované dítě:

Jméno, popř. jména, a příjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území ČR:

2. Účel vydání posudku: účast na zotavovací akci

3. Posudkový závěr

A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci:

- 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).....
-
- f) zvláštní upozornění:.....

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 .

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 něž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

5. Oprávněná osoba

Jméno, případně jména, a příjmení oprávněné osoby:

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

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

podpis oprávněné osoby

Datum vydání posudku:

Jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotních služeb