

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

Vyplní praktický lékař dítěte

Evidenční číslo: _____

1. Identifikační údaje

Poskytovatel zdravotních služeb:

Název: _____

Adresa: _____

IČO: _____

Posuzované dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa bydliště: _____

2. Účel vydání posudku

Tento posudek slouží k posouzení zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci.

3. Posudkový závěr

A) Zdravotní způsobilost

Posuzované dítě:

- je zdravotně způsobilé
- není zdravotně způsobilé
- je zdravotně způsobilé s omezením*

Případná omezení:

*) Pokud je dítě způsobilé s omezením, uveďte konkrétní podmínky účasti.

B) Další zdravotní informace

a) Podrobilo se stanoveným pravidelným očkováním:

ANO NE

b) Imunita proti nákaze (typ/druh):

c) Kontraindikace proti očkování (typ/druh):

d) Alergie:

e) Dlouhodobě užívané léky (typ/druh, dávka):

4. Poučení

Proti bodu 3.A tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, podat návrh na přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb.

Práva na přezkoumání se lze vzdát. Podle § 46 odst. 3 nemá návrh na přezkoumání odkladný účinek, pokud je dítě posouzeno jako nezpůsobilé nebo způsobilé s podmínkou.

5. Oprávněná osoba

Jméno a příjmení: _____ Vztah k dítěti: _____

Datum převzetí posudku: _____ Podpis: _____

Potvrzení lékaře

Jméno a příjmení lékaře: _____

Datum vydání: _____

Podpis lékaře a razítko poskytovatele zdravotních služeb