

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

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

a) Poskytovatel zdravotnických služeb

Název: _____ IČO: _____

Adresa sídla/místa podnikání: _____

b) Posuzované dítě

Jméno a příjmení: _____ datum nar.: _____

Místo trvalého pobytu: _____

2. Účel vydání posudku: _____

3. Posudkový závěr

a) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě či zotav. akci (nehodící se škrtněte):

- je zdravotně způsobilé
- není zdravotně způsobilé
- je zdravotně způsobilé, ale s omezením (uveďte, prosím, i omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě):

b) Posuzované dítě:

- podrobilo se stanoveným pravidelným očkováním: ANO / NE
- je imunní proti nákaze (typ/druh): _____
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): _____
- je alergické na: _____
- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): _____

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. Posudek převzal

jméno a příjmení + vztah k dítěti: _____

převzal(a) do vlastních rukou dne: _____ podpis: _____

Datum vydání, razítko poskytovatele zdr. služeb a **podpis** lékaře: _____

Platnost posudku je dva roky, pokud nedojde ke změně stavu.

