

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE NA AKCI

1. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Evidenční číslo posudku:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávající posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště:

2. ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU:

3. POSUDKOVÝ ZÁVĚR:

A) Posuzované dítě k účasti na pobytu

- 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):

Poznámka:

*) Nehodící se škrtněte.

***) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na akci.

4. POUČENÍ

Proti části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona š. 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, která 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, popř. další příbuzný dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby:

datum vydání posudku

jméno, příjmení a podpis lékaře, razítko poskytovatele zdravotních služeb