Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

2. Účel vydání posudku

3. 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 za podmínky (s omezením)*)**).....

Posudek je platný **24 měsíců od data jeho vydání**, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

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, uvede se omezení podmiňující zdravotní stav způsobilosti k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

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 zdravotnických 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. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména 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:

podpis, příjmení a podpis lékaře razítko poskytovatele zdravotnických služeb