

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních 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

3A. Posudkový závěr

Posuzovaná činnost ⁽¹⁾	X	je zdravotně způsobilé	není zdravotně způsobilé	je zdravotně způsobilé s omezením ⁽²⁾⁽³⁾
Posuzované dítě k účasti na:				
Škola v přírodě	X			
Zotavovací akce	X			
Sportovní a tělovýchovné akce	X			
Výuka plavání	X			
Lyžařský výcvik	X			
Vysokohorská turistika	X			

(1) Křížkem označte posuzovanou činnost, případně doplňte další údaje a specifické činnosti (např. vysokohorská turistika) (2)

V případě potřeby připojte další list

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

3. Posudkový závěr

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.

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. 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

.....
**Jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotních služeb.**