

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

## Identifikační údaje:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: \_\_\_\_\_

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: \_\_\_\_\_

IČO: \_\_\_\_\_

Jméno(-a) a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

Adresa místa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

## Posuzované dítě:

- je zdravotně způsobilé\*) - není zdravotně způsobilé\*) - je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): \*) \*\*)

## Potvrzujeme, že dítě:

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE \*)

- je proti nákaze imunní (typ/druh): \_\_\_\_\_

- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) : \_\_\_\_\_

- je alergické na : \_\_\_\_\_

- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): \_\_\_\_\_

Jiné sdělení lékaře:

Potvrzení se vydává jako doklad zdravotní způsobilosti dítěte pro absolvování školy v přírodě, kurzu plavání, dětského tábora, sportovně-rekreační akce apod. Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Proti tomuto 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.

\*) Nevhodné škrtněte

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

## Oprávněná osoba:

Jméno(-a) 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)