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 a příjmení posuzovaného dítěte: _____

Datum narození posuzovaného dítěte: _____

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území ČR 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) *) **)

_____

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): _____

*) 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 je možno podat podle ustanovení § 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 byly posuzovány, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby: _____

Vztah k posuzovanému dítěti: _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____ podpis oprávněné osoby: _____

…… …… ……..

datum vydání posudku podpis, příjmení lékaře razítko poskytovatele zdravotních služeb