



POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI, AKCI PRO DĚTI A MLÁDEŽ A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

EVIDENČNÍ ČÍSLO POSUDKU:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno a příjmení dítěte: Datum narození: Rodné číslo:

Bydliště:

ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU:

A. Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci, akci pro děti a mládež nebo na škole v přírodě,

není zdravotně způsobilé je zdravotně způsobilé je zdravotně způsobilé s omezením

.....

Posudek je dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví platný 24 měsíců od data vydání a lze ho použít opakovaně, pokud v souvislosti s nemocí či úrazem nedošlo v průběhu této doby 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):

.....

Proti 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, 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.

.....
DATUM VYDÁNÍ POSUDKU

MÍSTO PRO NALEPENÍ FOTOKOPIE PŘEDNÍ STRANY
KARTIČKY ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNY

.....
TITUL, JMÉNO A PŘÍJMENÍ LÉKAŘE
RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE

.....
DATUM PŘEVZETÍ
POSUDKU

.....
JMÉNO A PŘÍJMENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

.....
PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

