

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ**1. Identifikační údaje**

Název poskytovatele, který posudek vydal:.....

Adresa poskytovatele:.....

IČO:.....

Jméno 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-*)**)

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 užívané léky (typ, druh, dávka):.....

Poznámka:
*) nehodící se škrtněte
**) Bylo 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.

Doba platnosti posudku:

4. Poučení

Podle § 44 odst. 5 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, lze lékařský posudek uplatnit pouze pro účely, pro které byl vydán, do 90 dnů ode dne jeho vydání, není-li v něm nebo jiném právním předpise stanovena kratší lhůta. Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 stejného zákona, 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, popř. jména a příjmení oprávněné osoby:.....

Vztah k posuzovanému dítěti:.....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

.....
podpis oprávněné osoby

Datum vydání posudku:.....

.....

jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdr. služeb