

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

.....

Adresa poskytovatele:

.....

IČO:

.....

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Datum narození dítěte:

.....

Adresa místa trvalého pobytu dítěte:

.....

2. Účel vydání posudku:

.....

3. Posudkový závěr

Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé
- b) není zdravotně způsobilé
- c) je zdravotně způsobilé s omezením:

.....

Posuzované dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
- d) je alergické na:
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh/dávka)

4. Poučení

Proti bodu 3. části A tohoto potvrzení 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 něž byla posuzována zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

5. Oprávněná osoba

Jméno a příjmení oprávněné osoby:

.....

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník):

.....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

.....

Podpis oprávněné osoby:

Datum vydání posudku:

.....

Jméno, příjmení razítko a podpis lékaře