

Potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

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 posuzovaného dítěte:

2. Účel vydání posudku

3. Posudkový závěr

A) Posuzované dítě k účasti na 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) _____

Poznámka:

* nehodící se škrtněte

Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní stav způsobilosti k účasti na zotavovací akci.

4. Poučení

Proti bodu 3. 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 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 nezpůsobilá s podmínkou.

5. Oprávněná osoba

Jméno 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 zdravotnických služeb