

# POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

Evidenční číslo posudku:

## 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávající 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 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 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 způsobilost k účasti dítěte na zotavovací akci a škole v přírodě.

#### 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 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 nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

#### 5. Oprávněná osoba

Jméno a příjmení oprávněné osoby: \_\_\_\_\_

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte):

\_\_\_\_\_

Oprávněná osoba převzala do vlastních rukou dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis oprávněné osoby

\_\_\_\_\_  
Datum vydání posudku

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis lékaře  
razítko poskytovatele zdravotních služeb