

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

Evidenční číslo posudku: _____

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek: _____

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: _____

IČO: _____

Jméno, popřípadě jména 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

- na žádost zákonného zástupce

3. Posudkový závěr

V souladu se zákonem o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. v platném znění uvádím následující skutečnosti o posuzovaném dítěti.

Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo k účasti na zotavovací akci:

- a. je zdravotně způsobilé*)
- b. není zdravotně způsobilé*)
- c. je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)*)**).....

Posuzované dítě:

- d. se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
- e. je proti nákaze imunní (typ/druh) _____
- f. má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) _____
- g. je alergické na _____
- h. dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) _____
- i. má následující zdravotní omezení _____

Závazně potvrzuji, že mám k dispozici zdravotní dokumentaci dítěte a je mi znám jeho zdravotní stav. Na základě provedené prohlídky potvrzuji, že je výše uvedené dítě ze zdravotního hlediska způsobilé zúčastnit se školy v přírodě /zotavovací akce/ a nevyžaduje žádnou zvláštní zdravotní péči. Zároveň potvrzuji, že jsem byl/a zákonným zástupcem dítěte seznámen/a s charakterem pobytu a jeho programovou náplní a toto prohlášení vydávám v souladu se zjištěnými skutečnostmi.

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 způsobilá s podmínkou.

5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby: _____

Vztah k posuzovanému dítěti: _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

Podpis oprávněné osoby: _____

Datum vydání posudku: _____ Podpis lékaře a razítko poskytovatele zdravotnických služeb: _____

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 a škole v přírodě.