

## Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

### 1. Identifikační údaje

Evidenční číslo posudku:

Název praktického lékaře pro děti a dorost:

Adresa sídla nebo místa podnikání:

IČO:

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: .....

Datum narození posuzovaného dítěte: .....

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území ČR posuzovaného dítěte:

.....

### 2. Účel vydání posudku

Posudek vydán na základě žádosti zákonného zástupce dítěte za účelem zjištění zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci. Posudek má platnost po dobu jednoho roku.

### 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 způsobilá s podmínkou.

#### **5. Oprávněná osoba**

Jméno a příjmení oprávněné osoby: .....

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

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: .....

Podpis oprávněné osoby: .....

Datum vydání posudku: .....

podpis lékaře:

razítko praktického lékaře pro děti a dorost: