



POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

Evidenční číslo posudku:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávající posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno a příjmení účastníka:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu:

Účel vydání posudku: účast na Letním dětském táboře ADAM z.s.

Část A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci (správnou variantu zakroužkujte)

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

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

Část B) Potvrzení o tom, že dítě

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

Datum vydání posudku _____ Podpis lékaře _____

Razítko zdrav. zařízení

Poučení: Proti části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona š. 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, která 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.

Jméno a příjmení oprávněné osoby _____

Vztah k dítěti _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne _____

Podpis oprávněné osoby _____