

# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

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 nebo jiného pobytu na území ČR posuzovaného dítěte \_\_\_\_\_

## 2. Účel vydání posudku

Zotavovací akce

## 3. Posudkový závěr

### A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé<sup>\*</sup>)
- b) není zdravotně způsobilé<sup>\*</sup>)
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky<sup>\*</sup>) (s omezením<sup>\*\*</sup>)

### B) Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE<sup>\*</sup>)
- 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

<sup>\*</sup>) Nehodící se škrtněte

<sup>\*\*</sup>) 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.

## 4. Poučení

Proti bodu 3 části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 14 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, jelikož 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 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
jméno, příjmení a podpis lékaře  
razítko poskytovatele  
zdravotnických služeb