

# POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

## 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele, který posudek vydal:

Adresa 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

JDT, LDT, ŠvP, LVVZ, plavecký kurz

## 3. Posudkový závěr

### A) Posuzované dítěte k účasti na zotavovací akci:

- a) je zdravotně způsobilé \*)
- b) není zdravotně způsobilé \*)
- c) je zdravotně způsobilé za podmínek \*)\*\*)

### B) Posuzované dítě:

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE \*)
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh):
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typu/druh):
- d) je alergické na:
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

\*) 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 ods. 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, popř. jména a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti:

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

.....  
podpis oprávněné osoby

Datum vydání posudku:

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

.....  
jméno, příjmení a podpis lékaře  
razítko poskytovatele zdr. služeb