



POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

Bohemia

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních 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

účast na zotavovacích akcích, škole v přírodě, školních sportovních aktivitách, lyžařském výcviku,
školním plavání, letním, zimním tábore

3. Posudkový závěr

A) Posuzované dítě:

- a) je zdravotně způsobilé*)
- b) není zdravotně způsobilé*)
- c) je zdravotně způsobilé 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):

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

Poznámka:

*) Nehodící se škrtněte.

**) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení
podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

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 je prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních 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 (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 zdravotních služeb