

## Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

Evidenční číslo posudku: ..... (nutno vyplnit !!!)

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávající posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

**Jméno a příjmení dítěte:**

**Datum narození:**

**Adresa, místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště:**

---

Účel vydání posudku: \_\_\_\_\_

Část A) Posuzované dítě k účasti na pobytu – 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 očkováním Ano – Ne

b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

d) ADHD Ano / Ne – děti s ADHD se nemohou zúčastnit pobytu

e) je alergické na:

f) dlouhodobě užívá léky:

---

Datum vydání posudku .....

Podpis lékaře

razítko zdravotnického zařízení

Poučení: Proti 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 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 .....