

# POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

## 1. Identifikační údaje vydavatele posudku:

(název, adresa, IČO – může být razítko, pokud obsahuje tyto náležitosti a pokud jsou tyto údaje čitelné)

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

## 2. Účel vydání posudku:

### 3. Dítě

a) se podrobilo pravidelným očkováním: ANO X 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): \_\_\_\_\_

## 4. Doporučení lékaře pro tento pobyt:

Dítě **JE – NENÍ\*** způsobilé pro sportovní aktivity běžné na letním dětském táboře.

Omezení: \_\_\_\_\_

## 5. Poučení:

Proti bodu 4 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, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž je posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

## 6. Oprávněná osoba

Jméno 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

Dne \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení, razítko a podpis ošetřujícího lékaře