

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

| I. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSUZOVANÉHO | | | |
|-------------------------------------|--|------------|--|
| Jméno a příjmení: | | Ulice,čp.: | |
| Datum narození: | | Město: | |
| Zdravotní pojišťovna: | | PSC: | |

| II. ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU |
|---|
| <i>Celoroční činnost skautského oddílu, tábor, škola v přírodě.....</i> |

| 1. ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ A ÚRAZY, KTERÉ DÍTĚ PRODĚLALO – vyplňují rodiče, či lékař |
|---|
| |

| 2. ALERGIE – vyplňují rodiče, či lékař |
|--|
| <i>typ (vyrážka, atopický ekzém, zánět spojivek, senná rýma)</i> |
| <i>alergen (co alergie způsobuje)</i> |
| <i>léčiva (zdůrazněte, zda pouze při obtížích nebo trvale)</i> |
| <i>alergie na léky (jaké)</i> |

| 3. JINÉ ZDRAVOTNÍ OBTÍŽE – vyplňují rodiče, či lékař |
|--|
| |

| 5. LÉČIVA (typ/druh/dávka) – vyplňují rodiče, či lékař |
|--|
| |

| 6. OČKOVÁNÍ – vyplňují rodiče, či lékař |
|---|
| |

| PLAVECKÉ SCHOPNOSTI – vyplňují rodiče | | | |
|---------------------------------------|-----------------|----------|-----------|
| PLAVEC | ČÁSTEČNÝ PLAVEC | NEPLAVEC | POZNÁMKA: |

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

- a) je zdravotně způsobilé *)
 b) není zdravotně způsobilé *)
 c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)*)**

B) Posuzované dítě:

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (ostatní, viz. tabulka 6 OČKOVÁNÍ) **ANO** **NE**
 b) je proti nákaze imunní (typ/druh)
 c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
 d) je alergické na (viz. tabulka 2 ALERGIE)
 e) dlouhodobě užívá léky (viz. tabulka 5 LÉČIVA)

POZNÁMKA:

*) 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 a škole v přírodě.

C) OMEZENÍ DÍTĚTE ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

| | |
|-------------------|--|
| pochody, výpravy | |
| stálé tábory | |
| putovní tábory | |
| sportovní činnost | |

IV. POUČENÍ

Proti bodu III. 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 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.

V. OPRÁVNĚNÁ OSOBA

| | | | |
|--|--|-------------------------|--|
| jméno a příjmení: | | | |
| vztah k posuzovanému dítěti: (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. další příbuzný dítěte) | | | |
| převzala posudek do vlastních rukou dne: | | podpis oprávněné osoby: | |

VI. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

| | | | |
|---|--|---------|--|
| Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek: | | Adresa: | |
| IČO: | | | |

Dle §9 odst. 3 zákona číslo 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví má POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI dítěte platnost po dobu dvou let od data vystavení, pokud během této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti dítěte.

| | |
|--|--|
| datum vydání posudku: | |
| Jméno a příjmení lékaře: | |
| Razítko poskytovatele zdravotnických služeb a podpis lékaře: | |

