



Smetanka
DDM Nový Bor

WWW.SMETANKANOVYBOR.CZ

Dům dětí a mládeže Smetanka, Smetanova 387, Nový Bor, 473 01



487 727 048



vase@smetankanovybor.cz

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje:

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

.....

2. Účel vydání posudku:

3. Posudkový závěr:

A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci:

- 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 (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)

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 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 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
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------