

# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

## 1. Identifikační údaje

Evidenční číslo posudku:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: DĚTSKÉ – Litvínov s.r.o.

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: Žižkova 151, Horní Litvínov, 436 01 Litvínov

IČO: 03469824

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte: .....

Datum narození posuzovaného dítěte: .....

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

DOBA PLATNOSTI POSUDKU JSOU 2 ROKY

## 2. Účel vydání posudku

## 3. Posudkový závěr

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

a) je zdravotně způsobilé \*)

b) není zdravotně způsobilé \*)

c) je zdravotně způsobilé s omezením \*)\*\*). .....

B) Posuzované dítě

ANO -  NE se podrobilo stanoveným

a) pravidelným očkováním: .....

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, uvede 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



**Pediatricie**  
Litvínov