

Potvrzení zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

Jméno(-a) a příjmení dítěte:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa místa trvalého pobytu:

Posuzované dítě je:

- zdravotně způsobilé *)
 - není zdravotně způsobilé *)
 - je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): *)
-

Potvrzujeme, že dítě

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE *)
- je proti nákaze imunní (typ/druh):
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) :
- je alergické na :
- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

Jiné sdělení lékaře:

datum vydání posudku

razítko a podpis lékaře

Poučení: Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním posudku vznikají práva nebo povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, může podle §46 odst. 1 zákona 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání, podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzovaná, zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilosti dle §43 odst. 3 zákona 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Jméno, popř. jména a příjmení oprávněné osoby

Vztah k dítěti

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

..... podpis oprávněné osoby

*) *Nevhodné škrtněte*