

Evidenční číslo posudku: .....

## 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: .....

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: .....

..... IČO: .....

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: .....

Adresa: ..... Datum narození: .....

## 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 za podmínky (s omezením)\*\*): .....

\*) 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.

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): .....

## 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 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.

## 5. Oprávněná osoba

Jméno a příjmení oprávněné osoby: .....

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník atd.): .....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: .....

Oprávněná osoba prohlašuje, že pokud je dítě v ošetřování dalších lékařů či specialistů, je o této skutečnosti výše uvedený ošetřující (registrující) lékař po všech stránkách informován.

Podpis oprávněné osoby: .....

Datum vydání: ..... Jméno, razítko a podpis lékaře: .....