

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte (uvolnění z tělesné výchovy)

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:.....

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

IČO:.....

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:.....

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:

- 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 alergický 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 stav způsobilosti.

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, případně jména, a příjmení oprávněné osoby:.....

Vztah k posuzovanému dítěti
(zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzná dítěte):.....

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

.....
podpis oprávněné osoby

.....
Datum vydání posudku

.....
jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotních služeb