

# POSUDEK OBVODNÍHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA POBYTU ČČK

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: ..... Místo narození: .....

Rodné číslo: .....Zdravotní pojišťovna: .....

Bydliště: .....

## Část A)

Dítě k účasti na rekondičním pobytu zdravotně způsobilé (vyznačte)

je       není       je s omezením: .....

## Část B)

Dítě:

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním       ano       ne
- je imunní proti nákaze (jaké) .....
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (jakému) .....
- je alergické na .....
- dlouhodobě užívá léky (název, kdy, dávkování) .....
- .....
- .....
- další důležité informace .....

V ..... dne .....

.....  
podpis a razítko lékaře

Poučení: Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti. Proti *části A)* tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby dozvěděly o jeho obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudek vydalo. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popř. lékař provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.