

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

(vyplňuje lékař)

Evidenční číslo posudku:

Jméno a příjmení dítěte: Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu:

Část A – Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

a) je zdravotně způsobilé *)

b) není zdravotně způsobilé *)

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) *)

Část B – Potvrzení o tom, že 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)

Datum vydání posudku

Podpis, jmenovka lékaře, razítko zdravotního zařízení

Poučení: Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení §46 odst. 1. zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotnických 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.

Jméno a příjmení oprávněné osoby

Vztah k dítěti

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

Podpis oprávněné osoby

* *nehodící se škrtněte*

** *bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.*

Posudek je platný 2 roky od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Zde nalepte kopii kartičky zdravotní pojišťovny (kopii obou stran):

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI DÍTĚTE

Prohlašuji, že dítě, narozené,

bytem,

nejeví známky akutního onemocnění (např. horečky nebo průjemy), vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce COVID-19, tj. zvýšená teplota, horečka, kašel, dušnost, bolest v krku, bolest svalů, ztráta chuti a čichu atd. a ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na akci nepřišlo do styku s osobou nemocnou COVID-19 nebo jiným infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani mu není nařízeno karanténní opatření.

Dále prohlašuji, že ve 14 dnech před odjezdem nepobývalo / pobývalo * dítě v zahraničí a to v **.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

V dne ***

.....
Podpis zákonného zástupce

.....
Příjmení a jméno zák. zástupce
(HŮLKOVÝM PÍSMEM)

* nehodící se škrtněte

** v případě pobytu v zahraničí, uveďte stát

*** toto prohlášení nesmí být starší 1 dne před odjezdem na akci

SOUHLAS S PŘÍPADNÝM OŠETŘENÍM DÍTĚTE, S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU A PŘEVOZU DÍTĚTE SOUKROMÝM VOZIDLEM

Jméno a příjmení dítěte: narozené:

bytem

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého uděluji, v souladu se zněním zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby během pobytu na letním soustředění FK Dukla Praha byly v případě potřeby poskytnuty nezletilému zdravotní služby bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců. Rovněž беру на vědomí, že bude-li to nezbytné, bude nezletilý hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. Po ošetření či hospitalizaci souhlasím s vydáním dítěte zpět osobě pověřené FK Dukla Praha, umožní-li to zdravotní stav nezletilého.

Jako zákonný zástupce nezletilého dále souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu nezletilého osobě pověřené FK Dukla Praha. FK Dukla Praha se zavazuje informovat zákonného zástupce o případném ošetření ve zdravotnickém zařízení. Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Jako zákonný zástupce nezletilého dále souhlasím, že v případě nutnosti může pracovník soustředění převést nezletilého k nezbytnému ošetření soukromým vozidlem. Tento souhlas se uděluje pouze po dobu trvání soustředění.

Termín soustředění FK Dukla Praha - 7. 2025 *

V dne

.....
Podpis zákonného zástupce

.....
Příjmení a jméno zák. zástupce
(HŮLKOVÝM PÍSMEM)

.....
Telefon zák. zástupce

** doplňte termín soustředění, kterého se dítě účastní*