

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 106/2001 Sb.

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte.....
.....
datum narození
adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu.....
.....

Část 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) *)

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

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 zdrav. zařízení

Poučení: 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.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby.....

Vztah k dítěti.....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

.....
podpis oprávněné osoby

Posudek byl oprávněné osobě do vlastních rukou doručen dne
(stvrzuje se přiloženou „doručenkou“).....

*) Nehodící se škrtněte.“

Odevzdat u autobusu při odjezdu

Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu:

Údaje zákonného zástupce (rodič)

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Kontakt (telefon, mail):

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta určuji v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávněné osoby, které mají právo na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.

Oprávněné osoby:

Jméno a příjmení: Alexandra Neradová – hlavní vedoucí

Datum narození: 18.12.1967

Adresa trvalého pobytu: Pardubice, Nová 203

Jméno a příjmení: Hana Mojžíšová-Hájková – zdravotník

Datum narození: 5.6.1985

Adresa trvalého pobytu: Pardubice, Okružní 697

Souhlasím se zastupováním v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním lékařského ošetření a podávání informací o zdravotním stavu a navržených zdravotních službách výše uvedeného dítěte, ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1. a § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů.

Výše uvedené osobě mohou být sděleny informace o zdravotním stavu mého dítěte a smí udělovat souhlas k léčbě a k ošetření mého dítěte. Po ošetření mého dítěte ho smí doprovod odvézt zpět do rekreačního zařízení.

Plná moc se vydává na dobu konání tábora od

V

dne

podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace pacienta

V dne

.....

podpis lékaře + razítko