

# LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození: .....

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu:

.....

## **Část A)**

Posuzované dítě

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním      ANO     NE
- je proti nákaze imunní (typ/druh)

.....

- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

.....

## **Část B)**

Posuzované dítě k účasti v DS při nemocnici, z. ú.:

a) je zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

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

.....

.....

.....

\* prodělané závažné onemocnění/úraz .....

\* vrozené vady/problémy .....

\* alergie .....

\* dlouhodobě užívané léky .....

\* jiné .....

.....

datum vydání posudku

.....

podpis a razítko lékaře