

ZDRAVOTNÍ KARTA DÍTĚTE

PŘEDEJTE ZDRAVOTNÍKOVI PŘI PŘÍJEZDU NA TÁBOR SPOLU S:
UŽÍVANÝMI LÉKY,
KOPIÍ PRŮKAZU ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY DÍTĚTE,
PROHLÁŠENÍM O BEZIFEKČNOSTI
A POSUDKEM O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE.

PŘÍJMENÍ _____ JMÉNO _____

ROD. Č.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--

 ZDRAV. POJ. _____

JMÉNO RODIČE _____ TELEFON _____

FORMULÁŘ PROSÍM VYPLŇTE VELMI PEČLIVĚ – JDE O ZDRAVÍ VAŠEHO DÍTĚTE!
VŠECHNY DŮLEŽITÉ INFORMACE UVEĎTE PROSÍM DO TOHOTO DOTAZNÍKU (PŘI NEDOSTATKU MÍSTA PIŠTE NA DRUHOU STRANU). NESPOLÉHEJTE NA ÚSTNÍ DOMLUVU. PŘI POČTU 40 DĚTÍ NENÍ MOŽNÉ PAMATOVAT SI TAKTO PODANÉ INFORMACE. DĚKUJEME ZA POCHOPENÍ.

ALERGIE

<input type="checkbox"/> PYL	<input type="checkbox"/> JINÁ
<input type="checkbox"/> POTRAVINY	Jaká:
<input type="checkbox"/> BODNUTÍ HMYZEM	
Popište projevy, první pomoc:	

DALŠÍ ONEMOCNĚNÍ

<input type="checkbox"/> EPILEPSIE	Jaké:
<input type="checkbox"/> ASTMA	
<input type="checkbox"/> JINÉ	

LÉKY

NÁZEV	NACO	DÁVKOVÁNÍ

PLAVÁNÍ

<input type="checkbox"/> DOBRÝ PLAVEC	<input type="checkbox"/> ŠPATNÝ PLAVEC	<input type="checkbox"/> NEPLAVEC
---------------------------------------	--	-----------------------------------

Potvrzuji, že jsem dítě před odjezdem na tábor prohlédl(a), zda nemá vši nebo hnidy.

V _____ DNE _____ PODPIS _____

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

PŘÍJMENÍ

JMÉNO

RODNÉ ČÍSLO

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil výše uvedenému dítěti změnu režimu, že dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. horečka nebo průjem) a že mu okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by dítě ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na tábor přišlo do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Souhlasím s tím, aby mé dítě bylo v případě akutních úrazů (zlomenina apod.) či nemocí (zánět slepého střeva apod.) ošetřeno v nemocničním zařízení. Regulační poplatky vydané při případném nemocničním ošetření zaplatím dodatečně.

V

DNE*

PODPIS

*) Toto prohlášení nesmí být starší než jeden den před nástupem na tábor.

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	NÁZEV	
	ADRESA	
	IČO	

ÚDAJE O POSUZOVANÉM DÍTĚTI	PŘÍJMENÍ	
	JMÉNO	
	DAT. NAROZENÍ	
	BYDLIŠTĚ	
	ZDRAV. POJ.	

POSUDKOVÝ ZÁVĚR	Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě <input type="checkbox"/> je zdravotně způsobilé <input type="checkbox"/> není zdravotně způsobilé <input type="checkbox"/> je zdravotně způsobilé s omezením*)
	*) 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.

POSUDKOVÝ ZÁVĚR	Posuzované dítě <ul style="list-style-type: none"> ▪ se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO – NE ▪ je proti nákaze imunní (typ/druh): ▪ má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): ▪ je alergické na: ▪ dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):
----------------------------	--

OPRÁVNĚNÁ OSOBA	JMÉNO A PŘÍJMENÍ	
	VZTAH K POSUZOVANÉMU DÍTĚTI	
	Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: Podpis oprávněné osoby:	

UPOZORNĚNÍ: Posudek je platný po dobu 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

.....
Datum vydání posudku

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