



DEUTSCHE SCHULE PRAG
NĚMECKÁ ŠKOLA V PRAZE

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE
K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A STMELOVACÍCH
POBYTECH a k účasti na hodinách sportovní výchovy**
*Gesundheitszeugnis des Kindes
zwecks Teilnahme an Klassenfahrten und dem regulären Sportunterricht*

Evidenční číslo posudku:

Registriernummer des Gesundheitszeugnisses:

1. Identifikační údaje / Identifikationsdaten:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek / *Einrichtung des Gesundheitswesens, welche das Gesundheitszeugnis ausstellt:*

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele / *Anschrift der Einrichtung:*

IČO / *Id. Nr.:*

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte / *Name, ggf. Namen und Familienname des Kindes:*

Datum narození posuzovaného dítěte / *Geburtsdatum des Kindes:*

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte / *Dauerwohnsitz oder anderer Wohnsitz des Kindes in der Tschechischen Republik:*

2. Účel vydání posudku / Zweck des Gesundheitszeugnisses:

3. Posudkový závěr / Gesundheitszeugnis:

A) Posuzované dítě k účasti na stmelovacích pobytech a hodinách TV / Die Teilnahme des Kindes an Klassenfahrten und dem regulären Sportunterricht:

- a) je zdravotně způsobilé / *ist gesundheitlich unbedenklich**)
- b) není zdravotně způsobilé / *ist mit Rücksicht auf den Gesundheitszustand nicht möglich**)
- c) je zdravotně způsobilé s omezením / *ist mit Rücksicht auf den Gesundheitszustand nur beschränkt möglich**) **)

B) Posuzované dítě / Das Kind

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním / *hat alle regelmäßigen Impfungen absolviert:*
ANO/ja - NE/nein

b) je proti nákaze imunní / *ist gegen Ansteckungen immun* (typ/druh - Art):

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování / *zeigt permanente Kontraindikationen gegen Impfungen* (typ/druh - Art):

d) je alergické na /*ist allergisch gegen*:

e) dlouhodobě užívá léky / *nimmt langfristig Medikamente ein* (typ/druh, dávka – Art, Dosis):

Poznámka / *Anmerkungen*:

*) Nehodící se škrtněte. / *Nichtzutreffendes bitte streichen.*

***) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na stmelovacích pobytech a hodinách TV. / *Wird festgestellt, dass der Gesundheitszustand des Kindes Einschränkungen erfordert, sind die Beschränkungen für die Teilnahme an Klassenfahrten und dem regulären Sportunterricht anzuführen.*

4. Poučení / *Belehrung*

Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních 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. / *Gegen Punkt 3 Teil A) dieses Gesundheitszeugnisses kann lt. § 46 Abs. 1 des Gesetzes Nr. 373/2011 GBl CZ über spezifische Leistungen des Gesundheitswesens, in der Fassung späterer Vorschriften, Antrag auf Überprüfung innerhalb von 10 Tagen ab nachweislicher Übergabe durch die das Gesundheitszeugnis ausstellende Einrichtung des Gesundheitswesens gestellt werden. Der Antrag auf Überprüfung des Gesundheitszeugnisses hat keine aufschiebende Wirkung, sofern sich daraus ergibt, dass die Teilnahme der Person, für welche das Gesundheitszeugnis ausgestellt wurde, an Veranstaltungen nicht oder nur bedingt möglich ist.*

5. Oprávněná osoba / *Befugte Person*:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení oprávněné osoby / *Name, ggf. Namen und Familienname der befugten Person*:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte) / *Verhältnis zu dem Kind, für welches das Gesundheitszeugnis ausgestellt wird (Erziehungsberechtigter, Vormund, Pflegeeltern, ggf. andere Verwandte des Kindes)*:

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne / *Die befugte Person hat das Gesundheitszeugnis eigenhändig entgegengenommen*:

.....

Popis oprávněné osoby / *Unterschrift der befugten Person*

.....
Datum vydání posudku / *Ausstellungsdatum*

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotních služeb /
Name, Zuname und Unterschrift des Arztes
Stempel der Einrichtung des Gesundheitswesens