

ZDRAVOTNÍ KARTA DÍTĚTE

PŘEDEJTE ZDRAVOTNÍKOVÍ 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

PYL

JINÁ

POTRAVINY

Jaká:

BODNUTÍ HMYZEM

Popište projevy, první pomoc:

DALŠÍ ONEMOCNĚNÍ

EPILEPSIE

Jaké:

ASTMA

JINÉ

LÉKY

NÁZEV	NA CO	DÁVKOVÁNÍ

PLAVÁNÍ

DOBRÝ PLAVEC

ŠPATNÝ PLAVEC

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,

a) že dítě (nebo jiná fyzická osoba přítomná na akci) nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu), vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce covid-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.

b) že ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo dítě (nebo jiná osoba přítomná na akci) do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

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. Posuzované dítě ▪ 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