

Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte k docházce do Dětské skupiny Sovička

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Datum narození: zdravotní pojišťovna.....

Adresa místa trvalého pobytu:

Poskytovatel zdravotních služeb vydávající zdravotní posudek: (název, adresa, IČ):

.....

Posuzované dítě je způsobilé k docházce do Dětské skupiny Sovička:

- a) bez omezení,
- b) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením),
- c) není zdravotně způsobilé.

Zdravotní omezení:

.....

Alergie:

Dlouhodobě užívá léky:

Jiná závažná sdělení:

.....

.....

Dítě je řádně očkováno (vyjádření lékaře v souladu s ustanovením § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů):

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkovaním, má doklad, že je proti nákaze imunní.

Dítě se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Dítě je mladší 18 měsíců, podrobilo se stanovenému očkování dle očkovacího kalendáře.

Očkování vakcínou Priorix a Hexavakcínou (poslední dávka) proběhne dle očkovacího kalendáře do 18.měsíce věku dítěte*. Předpokládaný termín očkování těmito vakcínami je:

.....

.....

V dne

Razítko a podpis lékaře:

*Zákonný zástupce je povinen doložit údaje o nových vakcínách Poskytovateli formou kopie očkovacího průkazu dítěte.