

ZDRAVOTNÍ KARTA DÍTĚTE - I. DÍL

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Poštovní adresa včetně PSČ:

Platnost posudku do:

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

ČÁST A

Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci (nehodící se škrtněte):

- a) je zdravotně způsobilé *)
- b) není zdravotně způsobilé *)
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):

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

ČÁST B

Potvrzení o tom, že dítě:

- a) se podrobilo předepsaným pravidelným očkováním ANO - NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh):

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):

d) je alergické na: včelí (vosí) bodnutí traviny, byliny, pyl plísně zvířata jiné
Podrobnosti:

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

_____ datum vydání posudku

_____ podpis, jmenovka lékaře, razítko zdravotnického zařízení

Poučení: Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby dozvěděly o jeho obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudek vydalo. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popř. lékař provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

Jméno, popř. jména a příjmení oprávněné osoby: _____

Vztah k dítěti: _____

_____ datum převzetí posudku oprávněnou osobou

_____ podpis oprávněné osoby

PLATNOST POSUDKU JE 24 MĚSÍCŮ OD DATA VYSTAVENÍ. PROSÍME, NA AKCI ODEVZDEJTE JEHO KOPII A ORIGINAL SI PONECHEJTE PRO PŘÍPADNÉ POZDĚJŠÍ POUŽITÍ NA DALŠÍ AKCE !!!

ZDRAVOTNÍ KARTA DÍTĚTE - II. DÍL

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Poštovní adresa včetně PSČ:

PROHLÁŠENÍ RODIČŮ / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil shora uvedenému dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (horečka, průjem, zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu, atd.). Není mi též známo, že dítě přišlo v posledních dvou týdnech do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy, či u níž byly nalezeny vši či hnidy, a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Prohlašuji, že pokud se u dítěte do 14 dní po návratu z tábora vyskytne infekční onemocnění, ohlásím toto krajské hygienické stanici v Olomouci a zřizovateli školy.

Dítě je schopno zúčastnit se od do lyžařského výcviku.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Dále prohlašuji, že dítě není po úraze ani mu nebyla nařízena poudrazová léčba. Ke zdravotnímu stavu dítěte uvádím tyto další důležité a aktuální skutečnosti (např. astma; cukrovka; epilepsie; alergie na potraviny / léky; psychické problémy; únik moči; užívané léky; náchylnost na nevolnost; bolesti hlavy; krvácení z nosu atd.):

I s ohledem na zdravotní omezení (alergie) a stravovací návyky (vegetariánství) uvádím druhy potravin a jídel, které mé dítě odmítá. Jsem si vědom(a), že potraviny / jídla, které zde neuvedu, mohou být součástí táborového jídelníčku a děti budou vedeny k dojidání přiměřených porcí. Pouze za zde uvedená jídla bude mít dítě nárok na náhradní stravu:

Jsem si vědom(a), že neúplností zde uvedených informací mohou dítěti či provozovateli akce způsobit vážné problémy. Prohlašuji, že v případě vážných zdravotních problémů dítěte zajistím jeho odvoz nejpozději do 24 hodin. Pro případy nutné komunikace provozovatele akce / poskytovatele zdravotních služeb s rodiči / zákonným zástupcem uvádím tato telefonická spojení (popř. náhradní spojení) a prohlašuji, že budou po dobu konání akce dostupná:

Po dobu konání shora uvedené akce **souhlasím s ošetřením dítěte zdravotníkem akce či ve zdravotnickém zařízení a poskytováním informací o zdravotním stavu mého dítěte** ve smyslu ustanovení § 31 a § 33 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů **zdravotníkovi a hlavnímu vedoucímu akce.**

Souhlasím s přítomností doprovodu (zdravotník, vedoucí akce, pedagogický pracovník) při ošetření dítěte.

Tímto **zplnomocňuji** v případě bolestí břicha, zvýšené teploty, bolesti v krku, či jiných mírných zdravotních obtížích **zdravotníka akce**, aby podal mému dítěti odpovídající léky. **Souhlasím s tím, aby mé dítě bylo v případě potřeby ošetřeno** lékařem převezeno dle pokynů asistenční služby buď vozem taxi nebo osobním automobilem řízeným zdravotníkem, pedagogickým pracovníkem nebo vedoucím akce do ordinace dětského lékaře či nemocnice.

V případě podezření (pozitivní antigenní test) na onemocnění COVID-19 u žáka, bude neprodleně telefonicky kontaktován zákonný zástupce, který pro žáka na místo přijede a jeho pobyt na akci bude ukončen. Do doby příjezdu zákonného zástupce bude dítě izolováno od ostatních a pod dozorem odpovědné osoby (zdravotníka).

Dávám tímto souhlas s tím, aby pořadatel jako správce zpracoval v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů zde uvedené osobní údaje. Správce může tyto údaje používat výhradně v rozsahu nutném pro svoji činnost. Souhlas uděluji na dobu neurčitou a jsem si vědom(a), že jej mohu kdykoli odvolat.

V dne

jméno a příjmení rodiče / zákonného zástupce

vztah k dítěti

podpis
v den odjezdu dítěte na tábor (!!)

jméno a příjmení rodiče / zákonného zástupce

vztah k dítěti

podpis
v den odjezdu dítěte na tábor (!!)