

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ÚČASTNÍKA LRP

1. Údaje účastníka

Jméno a příjmení účastníka:

Datum narození účastníka:

Adresa místa trvalého pobytu (nebo jiného bydliště na území České republiky) účastníka:

Zdravotní pojišťovna:

Souhlasím s tím, aby SPMP ČR pobočný spolek Hodonín jako organizátor Letního rehabilitačního pobytu pro mladé a dospělé lidi s mentálním a kombinovaným postižením (LRP) v rekreačním středisku Kopánky v termínu od 20. – 30. 7. 2022 použil toto potvrzení o zdravotním stavu účastníka a zdravotní způsobilosti v průběhu konání LRP. Toto potvrzení slouží současně jako doklad pro přiznání dotace Ministerstva zdravotnictví. Poskytnuté údaje budou zpracovávány v průběhu pobytu v rámci zdravotnické dokumentace účastníka LRP a po ukončení pobytu uchovávány po dobu 10 let jako doklad použití dotačních prostředků.

Podpis účastníka/opatrovníka:

2. Potvrzení lékaře

A) Účastník k pobytu na LRP

- a) je zdravotně způsobilý*)
- b) není zdravotně způsobilý*)
- c) je zdravotně způsobilý s omezením*) **) _____

B) Účastník

- a) potvrzení diagnózy mentálního nebo kombinovaného postižení (prosíme vyplnit čitelně hůlkovým písmem) pro přiznání dotace Ministerstva zdravotnictví

- b) se dále léčí s/na:

c) dlouhodobě užívá (a bude užívat v průběhu pobytu 20. – 30. 7. 2022) tyto léky:
typ/druh, dávkování – uveďte prosím čitelně hůlkovým písmem:

d) na snížení teploty nebo při bolesti mu lze podat tyto volně dostupné léky:

e) očkování proti tetanu dne: _____

f) epilepsie: ANO – NE *) četnost záchvatů: _____

poslední záchvat: _____

pravděpodobný spouštěč: _____

g) alergie na: _____

g) dietní omezení stanovená lékařem (dia, bezlepková apod.) _____

Poznámka:

*) Nehodící se škrtněte.

***) Bylo-li zjištěno, že účastník je zdravotně způsobilý s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na akci.

Datum vydání posudku

Jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotních služeb