



VYJÁDRĚNÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE 2025

před přijetím do sociální služby Odlehčovací služba pracoviště Dětského centra Čtyřlístek

Jméno a příjmení dítěte:..... Datum narození:.....

Trvalé bydliště:.....

Zdravotní pojišťovna:.....

Zásadní informace ke zdravotnímu stavu:.....

.....

.....

Možná rizika ve zdravotním stavu (záchvatové stavy aj.):.....

.....

.....

Mobilní: NE / ANO*.....

Dieta: NE / ANO*.....

Alergie: NE / ANO*.....

Výška a hmotnost dítěte:.....

Pravidelně užívaná léčiva a jejich ordinace: NE / ANO*:

Celý název přípravku (bez zkratk, vypsat i generika)	Síla léčiva	Aplikační forma	Způsob – cesta podání (příp. drcení uvést)	Ordinované množství s časovým rozvrhem, včetně např. vztahu k příjmu potravy	Poznámka (např. podmíněna ordinace léčiva, indikace pro „dle potřeby“)

V případě, že pro dané léčivo nebude generikum zapsáno, nelze klientovi službu zajistit.

V ordinaci léčiv se nesmí škrtnat, přepisovat, přemazávat text, jinak nelze klientovi službu zajistit.



Dítě bylo řádně očkováno: NE / ANO*

Očkování mimo povinné schéma:

Pokud potřebuje zvláštní péči, jakou?

.....
.....

Zdravotní stav vylučující poskytování pobytové sociální služby:

Zdravotní stav vyžaduje přednostně hospitalizaci.....ANO/NE*

Akutní infekční onemocnění ANO/NE*

Projevy poruch chování narušující kolektivní soužití.....ANO/NE*

Duševní onemocnění v akutní fázi.....ANO/NE*

S ohledem na výše uvedené DOPORUČUJI/NEDOPORUČUJI* přijetí dítěte k poskytnutí sociální služby na pracovišti Dětského centra Čtyřlístek, a to formou opakované krátkodobé odlehčovací služby.

Platnost vyjádření je stanovena do konce daného kalendářního roku. V případě změny zdravotního stavu, změny ordinace léčiv, je povinností zákonného zástupce nechat před dalším pobytem vystavit aktualizované Vyjádření dětského lékaře.

V..... dne.....

.....
razítko a podpis pediatra

*nehodící se škrtněte