

FORMULÁŘ • ZDR-03 • VERZE 1.0 • 08/2026

ŽÁDOST O PODÁVÁNÍ LÉKU ČI LÉČEBNÉHO PROSTŘEDKU ŽÁKOVI

V době pobytu ve škole nebo při činnostech pořádaných školou

Postup k zajištění podávání léků a léčebných prostředků

Primární odpovědnost za zajištění zdravotní podpory dítěti nesou zákonní zástupci. Je-li však z časových důvodů nezbytné podat lék nebo provést jiný předvídatelný laický úkon během pobytu žáka ve škole, mohou zákonní zástupci požádat školu o přiměřené zajištění této podpory.

Pravidelné nebo předem předvídatelné podávání lze zajistit pouze na základě písemné žádosti schválené ředitelem školy a aktuálního vyjádření lékaře s přesným dávkováním, způsobem podání a postupem pro případ vynechání dávky nebo nežádoucí reakce. Je-li to potřebné, bude s rodiči zpracován také individuální plán zdravotní podpory.

Lék předá zákonný zástupce určenému zaměstnanci školy v originálním obalu, s příbalovou informací, vyznačeným jménem žáka a dávkováním a s platnou dobou použitelnosti. Určený zaměstnanec zajišťuje podporu s vlastním souhlasem, pouze v dohodnutém rozsahu a po potřebném poučení.

Neodkladný stav se řeší bez zbytečného prodlení poskytnutím první pomoci, přivoláním zdravotnické záchranné služby na číslo 155 a podle pokynů operátora. Pokud požadovaný úkon přesahuje možnosti školy nebo vyžaduje zdravotnického pracovníka, musí být zajištěn poskytovatelem zdravotních služeb.

ZMĚNA MEDIKACE Při změně druhu léku, dávkování, způsobu podání nebo zdravotního stavu musí zákonný zástupce žádost a lékařské vyjádření neprodleně písemně aktualizovat. Bez aktualizace a schválení nebude změněná medikace podle nového režimu podávána; neodkladná situace se řeší poskytnutím první pomoci.

Metodický základ: § 29 odst. 2 školského zákona a Společné sdělení MŠMT a MZ č. j. MSMT-10972/2024-2.

1 Žadatel a žák

Zákonný zástupce

Adresa pro doručování

Telefon / e-mail

Jméno a příjmení žáka

Datum narození / třída

Jako zákonný zástupce uvedeného žáka žádám o zajištění níže popsaného podávání léku či léčebného prostředku v době jeho pobytu ve škole.

2 Podání medikace

Název, síla a léková forma

Přesná dávka

Způsob podání

Vztah k jídlu

Přesný čas, situace a prostředí podání

Období

od _____ do _____



FORMULÁŘ • ZDR-03 • VERZE 1.0 • 08/2026

ŽÁDOST O PODÁVÁNÍ LÉKU ČI LÉČEBNÉHO PROSTŘEDKU ŽÁKOVÍ

Dokončení žádosti, vyjádření lékaře a projednání ředitelem školy

3 Požadovaný způsob a rozsah podpory

- ☐ žák užívá lék samostatně; zaměstnanec školy připomene čas nebo poskytne dohled
- ☐ určený zaměstnanec školy poskytne dohodnutou laickou pomoc při podání
- ☐ jiný přesně vymezený režim: _____

Navržené místo uložení léku

AKCE ŠKOLY U akcí mimo běžný provoz školy se možnost zajištění podpory posuzuje předem podle programu, personálního zajištění a dostupnosti léku.

4 Vyjádření ošetřujícího lékaře

Jméno, odbornost a pracoviště

Telefonní kontakt

Potvrzuji, že podávání výše uvedeného léku v době pobytu žáka ve škole je z časových a zdravotních důvodů potřebné a že uvedené dávkování a způsob podání odpovídají aktuální léčbě.

Popsaný úkon lze při dodržení pokynů provést bez zdravotnického pracovníka: ☐ ANO ☐ NE

Postup při vynechání dávky

Možné nežádoucí účinky a postup při jejich výskytu

Situace vyžadující kontaktování zákonného zástupce nebo ZZS (155)

Vyjádření platí do / kontrola dne

Místo

Datum

Podpis a razítko lékaře

FORMULÁŘ • ZDR-03 • VERZE 1.0 • 08/2026

ŽÁDOST O PODÁVÁNÍ LÉKU ČI LÉČEBNÉHO PROSTŘEDKU ŽÁKOVÍ

Prohlášení zákonného zástupce, projednání žádosti a záznam mimořádných situací

5 Prohlášení zákonného zástupce

Prohlašuji, že údaje uvedené v žádosti jsou úplné a odpovídají aktuálním pokynům lékaře. Lék předám v originálním obalu s příbalovou informací, označený jménem žáka a dávkováním, v množství a s dobou použitelnosti odpovídající dohodnutému období. Určené zaměstnance seznámím s podáním, uložením, nežádoucími účinky a postupem v mimořádné situaci.

Zavazuji se neprodleně písemně oznámit každou změnu medikace nebo zdravotního stavu a nahradit spotřebovaný, poškozený či prošlý lék. Souhlasím, aby škola v nezbytném rozsahu konzultovala bezpečný postup s uvedeným lékařem. Beru na vědomí, že zaměstnanec školy nesmí samostatně měnit dávku ani medicínský postup.

OCHRANA ÚDAJŮ Osobní údaje škola zpracovává pro vyřízení žádosti a vedení povinné dokumentace. Podrobnosti jsou zveřejněny v informaci o zpracování osobních údajů na webu školy.

Místo

Datum

Podpis zákonného zástupce

6 Záznam o projednání žádosti - vyplní ředitel školy

Žádosti: ☐ vyhovuji ☐ nelze vyhovět v požadovaném rozsahu

Schválený rozsah podpory

Odůvodnění omezení / nevyhovění

Určený zaměstnanec / role

Zastupitelnost

Místo uložení léku

Individuální plán podpory

☐ není potřebný ☐ zpracován jako příloha

Platnost dohody / revize

od _____ do / dne _____

PODMÍNKY Určený zaměstnanec potvrdil souhlas s dohodnutým rozsahem a byl seznámen s lékařským pokynem. Bez písemné aktualizace změn medicíny nebude podle nového režimu postupováno.

Místo

Datum

Podpis ředitele školy

7 Záznam o mimořádném podání nebo odchylce

Jméno a příjmení žáka

Pravidelné podání podle schváleného režimu se nezaznamenává jednotlivě, neurčí-li individuální plán jinak. Záznam se provede při podání v předem vymezené mimořádné situaci, při vynechání dávky, odchylce od dohodnutého postupu, nežádoucí reakci nebo jiné významné události.

Datum	Čas	Situace / důvod	Lék a dávka	Postup / kontakt	Zapsal/a

Událost řešte podle lékařského pokynu nebo individuálního plánu; podle situace ihned informujte zákonného zástupce nebo volejte ZZS (155).