

**Informovaný souhlas - Prohlášení rodičů o návštěvě nezletilého pacienta
(ve věku od 15-ti let)
bez doprovodu rodičů či zákonných zástupců**

OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno rodiče (zákonného zástupce).....

Jméno dítěte

Číslo pojištěnce

Souhlasím s tím, že můj syn, dcera může navštívit zdravotnické zařízení bez mého doprovodu za účelem odběru vzorku pro laboratorní vyšetření, zejména odběr žilní krve, odběr kapilární krve, odběr moči, výtěr z nosu, krku, rektu atd.

Datum.....

Podpis matky (zákonného zástupce).....

Podpis otce (zákonného zástupce).....