

## 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 pojištění .....

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, rekta atd.

Datum.....

Podpis matky (zákonného zástupce).....

Podpis otce ( zákonného zástupce).....