

DOPROVOD DÍTĚTE

Dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ Adresa: _____

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

E-mail: _____ Telefon: _____

☐ Souhlasím s tím, aby dítě, jehož jsem zákonným zástupcem, podstoupilo vyšetření, ošetření či jiný léčebný zákrok na klinice bez doprovodu.

☐ Souhlasím s tím, aby dítě, jehož jsem zákonným zástupcem, doprovázela k vyšetření, ošetření či jinému léčebnému zákroku na klinice následující osoba:

Jméno a příjmení osoby: _____ Datum narození: _____

Telefon: _____ Vztah k dítěti: _____

Případné poznámky: _____

Tento souhlas platí ☐ dlouhodobě (pro veškerá vyšetření do odvolání)

☐ jednorázově pro vyšetření dne _____

☐ Souhlasím s tím, aby dítě, jehož jsem zákonným zástupcem, doprovázela k vyšetření, ošetření či jinému léčebnému zákroku na klinice následující osoba:

Jméno a příjmení osoby: _____ Datum narození: _____

Telefon: _____ Vztah k dítěti: _____

Případné poznámky: _____

Tento souhlas platí ☐ dlouhodobě (pro veškerá vyšetření do odvolání)

☐ jednorázově pro vyšetření dne _____

Datum: _____ Podpis zákonného zástupce: _____