

Souhlas rodičů nezletilého pacienta s poskytnutím zdravotní služby

Jméno rodiče (zákonného zástupce):

Jméno dítěte:

Číslo pojištěnce:

Souhlasím s tím, že mému synovi/dceři byly poskytnuty tyto zdravotní služby:

Datum:

Podpis matky (zákonného zástupce):

Podpis otce (zákonného zástupce):