

Prohlášení zákonného zástupce:

Souhlasím s poskytováním zdravotní péče Gynekologickou ordinací CYGY s.r.o. včetně předpisu hormonální antikoncepce mé dceři:

Jméno a příjmení.....rodné číslo.....

Na vyšetření *může - nemůže* docházet bez doprovodu zákonného zástupce.

Informace o zdravotním stavu *mohou - nemohou* být podávány jiné osobě než zákonnému zástupci

Jm.a příjmení.....dat.nar.....vztah.....

Jm.a příjmení.....dat.nar.....vztah.....

Nahlížet do zdravotní dokumentace *může - nemůže* jiná osoba než zákonný zástupce

Jm.a příjmení.....dat.nar.....vztah.....

Jm.a příjmení.....dat.nar.....vztah.....

Kopie ze zdravotní dokumentace *může - nemůže* pořizovat jiná osoba než zákonný zástupce

Jm.a příjmení.....dat.nar.....vztah.....

Jm.a příjmení.....dat.nar.....vztah.....

Souhlasím - Nesouhlasím s poskytováním telefonických informací mé osobě

na čísla telefonu.....

Podpis matky.....číslo .op.....

Podpis otce..... číslo.op.....

Podpis zák.zástupce..... číslo.op.....

Vdne

Nehodící se škrtněte nebo zakroužkujte, co platí