



Jihomoravské dětské léčebny, příspěvková organizace, Křetín 12, PSČ 679 62, IČ 00386766, DĚTSKÁ LÉČEBNA SE
SPELEOTERAPIÍ OSTROV U MACOCHY
Příloha č. 6 ke směrnici S/7 Dodržování práv a pacientů a poskytování péče se souhlasem

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ – děti s doprovodem

Jméno, příjmení dítěte :
Bydliště:

Rodné číslo:

ZP:

| Zákonní zástupci | | | | |
|------------------|----------------|----------------|--------|---------|
| Jméno a příjmení | Datum narození | Vztah k dítěti | Adresa | Telefon |
| | | | | |
| | | | | |

| Osoby, kterým lze podávat informace o dítěti mimo zákonných zástupců | | | | |
|--|----------------|----------------|--------|---------|
| Jméno, příjmení | Datum narození | Vztah k dítěti | Adresa | Telefon |
| | | | | |
| | | | | |

Souhlasy:

V našem zařízení jsou prováděny aktivity s koněm (hipoterapie). Tyto aktivity jsou prováděny pod vedením školeného personálu. Přesto hrozí malé riziko, např. pádu z koně. Jsem si tohoto rizika vědom, s těmito aktivitami pro své dítě **souhlasím** – **nesouhlasím (zaškrtněte)**.

Bezinfekčnost:

Prohlašuji, že můj syn / dcera nebyl(a) v kontaktu s žádným infekčním onemocněním, ani ošetřující lékař nenařídil mému dítěti karanténní opatření, dále prohlašuji, že mé dítě nejeví známky nově vzniklého onemocnění jako horečka, průjem, atd.

Svým podpisem zákonný zástupce dává najevo souhlas s výše uvedeným.

V _____ dne: _____
Jméno a příjmení zák. zástupce:
(hůlkovým písmem)
Podpis zákonného zástupce:
Jméno a příjmení zákonného zástupce:
(hůlkovým písmem)
Podpis zákonného zástupce:

Informace podal zdravotnický pracovník