

# Prohlášení rodičů

o návštěvě nezletilého pacienta (ve věku od 15 let)  
bez doprovodu rodičů či zákonných zástupců

Jméno rodiče (zákonného zástupce): .....

Jméno dítěte: .....

Rodné číslo: .....

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): .....