## Prohlášení zákonných zástupců dítěte - bezinfekčnost

Prohlášení musí být vyplněno a datováno v den příchodu na vyšetření.

V současné situaci pandemie COVID-19 je potřeba přijímat opatření k minimalizaci rizik přenosu infekce. Vzhledem k tomu Vás žádáme o pravdivé vyplnění následujících informací.

**Prohlašuji, že**

|  |  |
| --- | --- |
| já, zákonný zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

a

|  |  |
| --- | --- |
| dítě: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

a) já a dítě nejsme v současné době v individuálně nařízené karanténě

b) já a dítě nejevíme v současnosti známky akutního onemocnění (zvýšená teplota, kašel, nově vzniklá dušnost, průjem apod.).

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

V Praze, dne

 ………………………………………

podpis zákonného zástupce

## Prohlášení zletilého klienta - bezinfekčnost

Prohlášení musí být vyplněno a datováno v den příchodu na vyšetření.

V současné situaci pandemie COVID-19 je potřeba přijímat opatření k minimalizaci rizik přenosu infekce. Vzhledem k tomu Vás žádáme o pravdivé vyplnění následujících informací.

**Prohlašuji, že**

|  |  |
| --- | --- |
| Já (jméno, příjmení): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

a) nejsem v současné době v individuálně nařízené karanténě

b) nejevím v současnosti známky akutního onemocnění (zvýšená teplota, kašel, nově vzniklá dušnost, průjem apod.).

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

V Praze, dne

 ………………………………………

podpis zletilého klienta