



DĚTSKÁ ODBORNÁ LÉČEBNA CH.G.MASARYKOVÉ  
POBOČNÝ SPOLEK ČČK  
BUKOVANY – ZÁMEK Č.1, 262 72 BŘEZNICE

## Potvrzení o zdravotním stavu před nástupem do léčebny

Potvrzuji, že dítě .....narozen.....  
r.č. ....bydliště .....  
zdravotní pojišťovna .....

může nastoupit do léčebny (Pediculus nezjištěn).

Současná terapie:   neužívá žádné léky  
                          užívá tyto léky (v dávce) .....  
.....  
.....

Má-li dítě ordinovanou nějakou mast, magistraliter, sdělte nám prosím její složení, jinak nemůžeme mast aplikovat!

Alergie           1. není žádná  
                      2. potravinová  
                      3. Jiná

Zubní ošetření provedeno.  
Jiné sdělení ošetřujícího lékaře:

Datum:

Razítko a podpis lékaře