PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ – děti s doprovodem

Jméno, příjmení dítěte : **Rodné číslo:**
Bydliště: **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

Prohlašuji tímto závazně, že pacient nastoupí rehabilitační léčbu ve výše uvedeném termínu a je pojištěncem příslušné zdravotní pojišťovny schvalující a potvrzující Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně a zdravotní pojištění bude platné po celou dobu čerpání léčby.
V případě, že zdravotní pojištění mého dítěte u výše uvedené zdravotní pojišťovny skončilo, nebo skončí během čerpání léčby v Jihomoravských dětských léčebnách, se zavazuji k úhradě veškerých nákladů na léčbu a nákladů spojených s léčbou ihned po ukončení mé léčby.
V případě, že ZP, u které mé dítě zahájí nové zdravotní pojištění, je ochotna uhradit mé léčení i ostatní náklady v příslušné výši i přesto, že léčebný návrh neschválila a nepotvrdila, předkládám léčebné potvrzení a doklad o této úmluvě.

Souhlasy:

V našem zařízení jsou prováděny aktivity se psem (canisterapie) a aktivity s koněm (hipoterapie). Tyto aktivity jsou prováděny pod vedením školeného personál a obsahují především tyto aktivity: jízdu na koni, polohování, hlazení, nahřátí a uvolnění jednotlivých segmentů těla, celková relaxace. Přesto hrozí malé riziko, např strachu ze zvířat, úrazu, alergie na srst, sekrety, prach a pyly. 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