

DĚTSKÉ CENTRUM KARLOVY VARY, příspěvková organizace
Karlovy Vary, Zítkova 1267/4, PSČ 360 01
IČO 711 75 130

Souhlas s poskytováním zdravotních služeb

Souhlasím s ošetřením drobných poranění (např. odřenina, říznutí, bodnutí, popálení, opaření) mého syna / mé dcery, nezl. _____, nar. _____, v rámci pobytu v dětské skupině pečující osobou se zdravotnickým vzděláním.

Souhlasím s případným vyndáním klíštěte, žihadla apod. mému dítěti pečující osobou se zdravotnickým vzděláním:

ANO

NE

Beru na vědomí, že o výše uvedených skutečnostech budu pečující osobou vždy informován/a já nebo osoba vyzvedávající mé dítě na skupině, a to nejpozději při vyzvednutí dítěte.

V akutních a život ohrožujících stavech (např. alergie, záchvat, krvácející poranění) souhlasím s tím, že bude personálem DC volána rychlá záchranná služba k poskytnutí okamžité pomoci a zároveň bude neprodleně informován zákonný zástupce dítěte.

Jméno zákonného zástupce: _____, nar. _____

V Karlových Varech dne _____

podpis zákonného zástupce