**SÚHLAS S LEKÁRSKYM OŠETRENÍM**

Súhlasím s vyšetrením, ošetrením, liečbou, hospitalizáciou a v prípade akútneho stavu aj s operačným zákrokom u menovaného

Meno dieťaťa ......................................................................................

Rodné číslo .........................................................................................

Trvale bytom.......................................................................................

Zákonný zástupca................................................................................

V Ružomberku dňa

Podpis zákonného zástupcu