

Čestné prohlášení o indikované léčbě

Já níže podepsaný(á):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu: (Vyplňte, pokud nejste pojištěncem VZP ČR)

a) tímto prohlašuji že:

jsem podstoupil(a) protinádorovou chemoterapii/radioterapii/biologickou léčbu/hormonální léčbu

mám stanovenou diagnózu alopecie

mám preventivně odstraněna prsa/prso z důvodu genetické zátěže a vysokého rizika onkologického onemocnění

b) tímto prohlašuji, že pojištěnec:

Jméno a příjmení dítěte:

Číslo pojištěnce:

Jehož jsem: zákonným zástupcem opatrovníkem pěstounem
osvojitelem poručníkem

podstoupil(a) protinádorovou chemoterapii/radioterapii/biologickou léčbu/hormonální léčbu

má stanovenou diagnózu alopecie

má preventivně odstraněna prsa/prso z důvodu genetické zátěže a vysokého rizika onkologického onemocnění

V:

Dne:

Podpis prohlašujícího: