

Čestné prohlášení o indikované léčbě

Já níže podepsaný(á):

jméno a příjmení

datum narození

adresa trvalého bydliště¹

a) tímto prohlašuji, že²:

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

mám stanovenou diagnózu alopecie

b) tímto prohlašuji, že pojištěnec (jméno a příjmení dítěte, číslo pojištěnce)

.....

jehož jsem³ zákonným zástupcem, opatrovníkem, pěstounem, osvojitelem, poručníkem⁴

podstoupil(a) protinádorovou chemoterapii/radioterapii/biologickou léčbu

má stanovenou diagnózu alopecie

V dne

.....

Podpis prohlašujícího

¹ Vyplňte pokud nejste pojištěncem VZP ČR

² Platné označte křížkem

³ Nehodící škrtněte

⁴ Platné označte křížkem