



Čestné prohlášení o indikované léčbě

Já níže podepsaný:

jméno a příjmení

datum narození

a) tímto prohlašuji, že jsem¹:

- podstoupil protinádorovou chemoterapii nebo jinou léčbu s nežádoucím účinkem alopecie
- podstoupil radiační terapii

b) tímto prohlašuji, že pojištěnec (jméno a příjmení dítěte, datum narození)

.....

jehož jsem² zákonným zástupcem, opatrovníkem, pěstounem, osvojitelem, poručníkem³

- podstoupil protinádorovou chemoterapii nebo jinou léčbu s nežádoucím účinkem alopecie
- podstoupil radiační terapii

V dne

.....

Podpis prohlašujícího

¹ Platné označte křížkem

² Platné označte křížkem

³ Nehodící škrtněte.