

## Čestné prohlášení o indikované léčbě

Já níže podepsaný:

jméno a příjmení .....

datum narození .....

a) tímto prohlašuji, že<sup>1</sup>:

- jsem podstoupil radiační terapii
- mám stanovenou diagnózu alopecie<sup>2</sup>

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

.....

jehož jsem<sup>3</sup> zákonným zástupcem, opatrovníkem, pěstounem, osvojitelem, poručníkem<sup>4</sup>

- podstoupil radiační terapii
- má stanovenou diagnózu alopecie<sup>5</sup>

V ..... dne .....

.....

Podpis prohlašujícího

---

<sup>1</sup> Platné označte křížkem

<sup>2</sup> Včetně alopecie způsobené léčbou onkologického onemocnění (protinádorová chemoterapie/radioterapie).

<sup>3</sup> Nehodící škrtněte.

<sup>4</sup> Platné označte křížkem

<sup>5</sup> Včetně alopecie způsobené léčbou onkologického onemocnění (protinádorová chemoterapie/radioterapie).