

PROHLÁŠENÍ OBVODNÍHO PEDIATRA O PŘEVZETÍ DÍTĚTE DO PÉČE

Já , níže podepsaná / ý MUDr.....

tímto potvrzuji , že souhlasím s převzetím do péče dítěte po ambulantním porodu a v rámci této péče mu zajistím veškerá potřebná screeningová vyšetření , a to zejména :

screening metabolických vad
ultrazvuk ledvin
ortopedické vyšetření
vyšetření sluchu
vyšetření očí k vyloučení vrozeného šedého zákalu

Toto potvrzení vydávám pro potřebu rodičů dítěte :

matka :, r.č.....

otec :, r.č.....

Datum :

Razítko a podpis obvodního pediatra