

LÉKAŘSKÝ POSUDEK

Zájemce:

Jméno, příjmení, titul: _____

Datum narození: _____

Bydliště: _____

Pojišťovna: _____

Aktuální zdravotní stav zájemce o službu CHB:

Důležitá upozornění, alergie, zvláštní péče, agrese, epilepsie, cukrovka apod:

Vdatum.....

Podpis.....