

PRŮKAZ

JMÉNO DÍTĚTE: _____

JMÉNO RODIČŮ: _____

ADRESA: _____

TELEFON: _____ MOBIL: _____

NA DRUHÉ STRANĚ JSOU DŮLEŽITÉ INFORMACE PRO LÉKAŘSKOU PÉČI

Jako rodiče máme ten nejhlubší zájem o blaho našeho dítěte:

Jsme jako rodina svědky Jehovovými a na základě svého biblického přesvědčení odmítáme transfuze krve. (Skutky 15:29) **Přijímáme** však infuze bezkrevních přípravků typu plasmaexpanderů a jinou lékařskou péči. Je dobře známo, že krev cizího dárce může způsobit hepatitidu, nákazu HIV a další zdravotní problémy. Nesouhlasím s tím, aby naše dítě bylo těmto rizikům vystaveno. **V případě úrazu našeho dítěte se s námi laskavě okamžitě spojte.** Pravděpodobně budeme moci poskytnout informace o lékařích, kteří respektují naše náboženské přesvědčení a již byli ochotni poskytnout nám lékařskou péči.

(Datum)

(Podpis)

(Datum)

(Podpis)

Adresa: _____

Telefon: _____ Mobil: _____