

25.

Souhlasím s přeregistrováním k praktické lékařce MUDr. Marii Jágrové, která spolupracuje s DS Dřevčický Park

ano

ne

26.

V případě zhoršení zdravotního stavu nebo úmrtí klienta souhlasím s informováním o této situaci a to pouze během dne nebo 24 hodin denně

podpis žadatele:

podpis rodinného příslušníka:

.....

.....