

Vyhlasenie lekára o zodpovednosti

Dolu podpísaný/á

MUDr.

(titul, meno a priezvisko, označenie odbornosti, adresa pracoviska)

Vychádzajúc z empirických skúseností a verejne dostupných vedeckých výskumov a z príznakov, ktoré popisuje zákonný zástupca dieťaťa, **som si vedomá/-ý**, že dlhodobé nosenie rúšok/prekrytie horných dýchacích ciest je v rozpore so všeobecne uplatňovanými medzinárodnými štandardami a pravidlami. Zákonný zástupca dieťaťa ma informoval o výklade: Vedomé a zámerné vyvolanie nedostatku kyslíka sa dá považovať za absolútne úmyselné hazardovanie so zdravím.

Napriek vedeckým poznatkom, ktoré ako lekár ovládam, alebo si dokážem naštudovať, po dôkladnom vyšetrení dieťaťa a napriek jasne vyjadreným obavám zákonného zástupcu

v y h l a s u j e m, že nosenie rúška

dieťaťu,

(meno a priezvisko, rodné číslo dieťaťa)

odporúčam a preberám zodpovednosť za jeho následný zdravotný stav, prípadne zhoršenie zdravotného stavu.

Miesto:.....

Dátum:.....

.....

podpis , odtlačok pečiatky

otlačok pečiatky

(meno, priezvisko, odbornosť)

Vyhlásenie lekára o zodpovednosti

Dolu podpísaný/á

MUDr.

(titul, meno a priezvisko, označenie odbornosti, adresa pracoviska)

Vychádzajúc z empirických skúseností a verejne dostupných vedeckých výskumov a z príznakov, ktoré popisuje zákonný zástupca dieťaťa, **som si vedomá/-ý**, že dlhodobé nosenie rúšok/prekrytie horných dýchacích ciest je v rozpore so všeobecne uplatňovanými medzinárodnými štandardami a pravidlami. Zákonný zástupca dieťaťa ma informoval o výklade: Vedomé a zámerné vyvolanie nedostatku kyslíka sa dá považovať za absolútne úmyselné hazardovanie so zdravím.

Na základe vedeckých poznatkov, ktoré ako lekár ovládam, alebo si dokážem naštudovať, po dôkladnom vyšetrení dieťaťa a na základe jasne vyjadrených obav zákonného zástupcu

v y h l a s u j e m, že nosenie rúška

dieťaťa,

(meno a priezvisko, rodné číslo dieťaťa)

neodporúčam a nepreberám zodpovednosť za jeho následný zdravotný stav, prípadne zhoršenie zdravotného stavu ak predmetné nosenie rúška mu bude opakovane vnucované a aplikované pri zdravotných ťažkostiach.

Miesto:.....

Dátum:.....

.....

podpis , odtlačok pečiatky

otlačok pečiatky

(meno, priezvisko, odbornosť)