Souhlas praktického lékaře pro děti a dorost s přijetím novorozence po ambulantním porodu do péče

Jméno praktického lékaře pro děti a dorost	
Jméno nastávající matky:	
Rodné číslo nastávající matky:	
Prohlášení PLDD:	Potvrzuji, že jsem schopen/schopna přijmout novorozence do péče a provést jeho klinické vyšetření do 24 hodin po propuštění. Rodiče jsem podrobně informoval/a o průběhu zdravotní péče o novorozence po porodu. Toto prohlášení podepisuji pro účel tzv. „ambulantního porodu“ (propuštění fyziologického novorozence před dosažením věku 72 hodin).
Datum:	
Razítko a podpis PLDD:	