

POTVRZENÍ O UKONČENÍ LÉČBY PRO ZMĚNU POHLAVÍ

Název a sídlo poskytovatele zdravotních služeb, u kterého byla ukončena léčba pro změnu pohlaví	
Údaje o fyzické osobě, u které byla ukončena léčba pro změnu pohlaví	
Jméno, popř. jména	
Příjmení	
Rodné příjmení	
Den, měsíc a rok narození	
Místo a okres narození (u osoby, která se narodila v cizině, místo a stát)	
Rodné číslo	
Pohlaví po provedené změně	
Datum ukončení změny pohlaví	

Datum vystavení potvrzení

Razítko poskytovatele zdravotních služeb,
u kterého byla ukončena léčba pro změnu pohlaví

Jméno, příjmení a podpis oprávněné osoby