

Souhlas s poskytnutím zdravotní péče – očkováním

Já,.....,
(jméno, příjmení)

bytem:

jako zákonný zástupce nezletilého:

JMÉNO PŘÍJMENÍ:

DATUM NAROZENÍ:

Prohlašuji následující:

- že jsem byl ze strany níže uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován o poskytnutí zdravotní péče;
nepovinném očkování proti ,
očkovací látkou..... ;
- byl jsem informován o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče;
- byl jsem informován o možných důsledcích a rizicích, kdy jsem se seznámil s příbalovým letákem navržené očkovací látky;
- mé dítě nemá žádné známé zdravotní či jiné obtíže, které by bránily provedení tohoto očkování, o těchto jsem byl taktéž informován;
- byl jsem informován o případných alternativách;
- bylo mi umožněno klást doplňující otázky.

Poučení jsem porozuměl, nemám již žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji souhlas.

V dne

Podpis zákonného zástupce

Podpis zdravotnického pracovníka