

Nesouhlas 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 /povinném 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 navržené zdravotní péče **nesouhlasím**.

V dne

Podpis zákonného zástupce

Podpis zdravotnického pracovníka