

Souhlas s poskytnutím zdravotní péče – očkováním

Já,,
jméno a příjmení matky

a,
jméno a příjmení otce

jako zákonný zástupce nezletilého:

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození dítěte:

Prohlašuji následující:

- že jsem byl/a ze strany níže uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován/a o poskytnutí zdravotní péče - nepovinném očkování

proti

očkovací látkou

- byl/a jsem informován/a o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče
- byl/a jsem informován/a o možných důsledcích a rizicích, kdy jsem se seznámil/a 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/a taktéž informován/a
- byl/a jsem informován/a o případných alternativách
- bylo mi umožněno klást doplňující otázky

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

V dne

Podpis zákonných zástupců

Podpis zdravotnického pracovníka