

Souhlas s poskytnutím zdravotní péče – očkováním

Já, datum nar.:
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 žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji souhlas.

Prohlašuji, že druhý rodič s poskytnutím výše uvedené zdravotní péče také souhlasí, případně, že jsem oprávněn samostatně rozhodovat o zdravotní péči dítěte.

V dne

Podpis zákonného zástupce :

Podpis nezletilého (od 14 let) :

Podpis zdravotnického pracovníka: