



Souhlas/nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb – nepovinné očkování

Jméno a příjmení nezletilého pacienta: _____ Narozen dne: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Ze strany poskytovatele byla předána informace o uvedené zdravotní službě, byla předána informace o jejím důvodu a účelu, povaze a předpokládaném přínosu, byla předána informace o možných důsledcích a rizicích, případných alternativách. Byl dán s dostatečným předstihem k prostudování příbalový leták obsahující veškeré potřebné údaje a byla dána možnost klást lékaři doplňující otázky. Nejsou známy žádné zdravotní obtíže, které by bránily provedení očkování.

Zákonný zástupce svým podpisem níže potvrzuje výše uvedené a vyjadřuje svůj souhlas/nesouhlas s poskytnutím těchto služeb.

Datum	Očkovací látka	ANO / NE	Podpis zák. zástupce	Podpis lékařky
	BEXSERO			
	ENCEPUR			
	FLUENZ			
	FSME – IMMUN 0,25			
	GARDASIL 9			
	HAVRIX 1440			
	HAVRIX 720			
	INFLUVAC			
	MENQUADFI			
	NIMENRIX			
	PREVENAR 20			
	ROTARIX			
	ROTATEQ			
	TRUMENBA			
	VARILRIX			
	VAQTA			
	VARIVAX			
	VAXIGRIP			
	VAXNEUVANCE			