



Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb – nepovinné očkování

Jméno a příjmení nezletilého pacienta: _____ Narozen dne: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba (nepovinné očkování)

Očkování proti: _____ Očkovací látka: _____

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 níže svým podpisem potvrzuje výše uvedené a vyjadřuje svůj souhlas s poskytnutím této služby.

Jméno a příjmení zákonného zástupce (rodiče): _____

Narozen dne: _____ Kontakt (telefon, mail): _____

V(e): _____

Dne: _____

Podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí a zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V(e): _____

Dne: _____

Podpis lékaře