Souhlas 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 očkování proti

20-ti typům pneumokoka (Strept. pneumoniae)

očkovací látkou

PREVENAR 20

- 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 uděluji souhlas.

V ……. dne …….

Podpis zákonného zástupce

Podpis zdravotnického pracovníka :

MUDr. Karla Filípková

Souhlas 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 očkování proti

20-ti typům pneumokoka (Strept. pneumoniae)

očkovací látkou

PREVENAR 20

- 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 uděluji souhlas.

V ……. dne …….

Podpis zákonného zástupce

Podpis zdravotnického pracovníka :

MUDr. Karla Filípková