

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:

.....

- 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 Kamenici nad Lipou dne

Podpis zákonného zástupce

Podpis zdravotnického pracovníka

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:

.....

- 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 Kamenici nad Lipou dne

Podpis zákonného zástupce

Podpis zdravotnického pracovníka