

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ODMOWY SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

Imię i nazwisko dziecka/pacjenta*PESEL.....WIEK.....

Adres zamieszkania/zameldowania/pobytu*

	PRZYCZYNA ODMOWY wg PACJENTA/OPINII RODZICÓW*	RODZAJ SZCZEPIENIA
1.		
2.		
3.		

UWAGI i ADNOTACJE LEKARZA LUB PIEŁĘGNIARKI

OŚWIADCZENIE PACJENTA LUB RODZICÓW/OPIEKUNÓW* DZIECKA (o ile dotyczy)

Ja,matka/opiekunka prawna/faktyczna*) dziecka oświadczam, że

Ja,ojciec/opiekun prawny/faktyczny*) dziecka oświadczam, że:

zostałam/em poinformowana/y

o obowiązkowym/zalecanym szczepieniu ochronnym.....

.....

.....

.....

oraz, że **zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące tego szczepienia w zrozumiały sposób,**

w tym o skutkach niezaszczepienia dziecka, w szczególności:

- o możliwości ostrego zachorowania na chorobę/choroby*, przeciw której nie wyrażam(my) zgody na szczepienie

- możliwych powikłaniach i odległych skutkach zdrowotnych (o ile dotyczy), w/w choroby/chorób*

- możliwych konsekwencjach prawnych i administracyjnych (np. wszczęciu postępowania administracyjnego przez organy administracji publicznej, utrudnieniach wjazdu do niektórych krajów, problemach przy przyjęciu do przedszkola, szkoły itp.)

.....

wynikających z niezaszczepienia dziecka

oraz że po rozważeniu wszystkich przekazanych w/w informacji, świadomie nie wyrażam zgody na wykonanie obowiązkowego/zalecanego* szczepienia ochronnego przeciwko w/w chorobie/chorobom.

PODPIS(Y) PACJENTA/RODZICÓW* (czytelne) (matka)..... (ojciec).....

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA.....

PIECZĄTKA I PODPIS PIEŁĘGNIARKI.....

*) niepotrzebne skreślić