

Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb – nepovinné očkování

Já,(jméno a příjmení)

bytem:

jako zákonný zástupce nezletilého:

jméno a příjmení:

datum narození:

prohlašuji následující:

- že jsem byl ze strany níže uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován o poskytnutí zdravotní péče – nepovinné očkování
proti:
očkovací látkou:
- 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: