

Souhlas s poskytnutím zdravotní péče - očkováním

Já, níže podepsaný/á:

Jméno, Příjmení

bytem:

jako zákonný zástupce nezletilého/nezletilé:

JMÉNO a PŘÍJMENÍ:

DATUM NAROZENÍ:

Prohlašuji následující:

- že jsem byl/a ze strany níže uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován/a o poskytnutí zdravotní péče – nepovinném/povinném očkování

proti

očkovací látkou

- byl/a jsem informován/a o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče
- byl/a jsem informován/a o možných důsledcích a rizicích, kdy jsem se seznámil/a 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/a taktéž informován/a
- byl/a jsem informován/a o případných alternativách
- bylo mi umožněno klást doplňující otázky

Poučení jsem porozuměl/a, nemám již žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji souhlas.

Zároveň tímto prohlašuji, že mi k dnešnímu dni nebyl výkon rodičovské zodpovědnosti pozastaven, omezen, ani jsem nebyl/a výkonu rodičovské zodpovědnosti vůči svému/své synovi/dceři zbaven/a.

V, dne

Podpis zákonného zástupce

Podpis zdravotnického pracovníka:

Згода на надання медичної допомоги - щеплення
(вакцинацію)

Я, що підписався / підписалася нижче

.....
ім'я, прізвище

адреса проживання

як законний представник/представниця неповнолітнього/неповнолітньої:

ІМ'Я, ПРІЗВИЩЕ:

ДАТА НАРОДЖЕННЯ:

ЗАЯВЛЯЮ НАСТУПНЕ:

- що я був/була поінформований/а у зрозумілій формі медичним закладом, згаданим нижче, про надання медичної допомоги - необов'язкової/обов'язкової вакцинації

проти

вакциною

- мене поінформували про мету, характер та очікувану користь від цієї медичної допомоги
- мене поінформували про можливі наслідки та ризики, коли я прочитав/прочитала листок-вкладиш запропонованої вакцини
- у моєї дитини немає відомих медичних чи інших проблем, які б перешкоджали проведенню цієї вакцинації - мене також поінформували про це
- мене повідомили про можливі альтернативи
- мені надали можливість поставити уточнюючі запитання

Уся інформація мені зрозуміла, питань більше я не маю і ДАЮ ЗГОДУ на надання запропонованої медичної допомоги.

Одночасно я заявляю, що на сьогоднішній день здійснення моїх батьківських обов'язків не було призупинено, обмежено, а також мене не було позбавлено батьківських обов'язків щодо мого сина/дочки.

Місце дата

Підпис законного представника

Підпис медичного працівника