

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

přednádorovým lézím děložního čípku a rakovině děložního čípku, které je způsobeno lidským papilomavirem (HPV)

očkovací látkou

CERVARIX

- 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

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

přednádorovým lézím děložního čípku a rakovině děložního čípku, které je způsobeno lidským papilomavirem (HPV)

očkovací látkou

CERVARIX

- 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

Podpis zákonného zástupce

Podpis zdravotnického pracovníka