

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

předrakovinným poškozením děložního čípku, předrakovinným poškozením zevních pohlavních orgánů, rakovině děložního čípku, předrakovinným poškozením pochlných orgánů, genitálním bradavicím, kolorektálnímu karcinomu, které je způsobeno lidským papilomavirem (HPV).

očkovací látkou

GARDASIL

- 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 :

MUDr. Karla Filípková

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

předrakovinným poškozením děložního čípku, předrakovinným poškozením zevních pohlavních orgánů, rakovině děložního čípku, předrakovinným poškozením pochlných orgánů, genitálním bradavicím, kolorektálnímu karcinomu, které je způsobeno lidským papilomavirem (HPV).

očkovací látkou

GARDASIL

- 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 :

MUDr. Karla Filípková