

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

onemocněními způsobenými lidským papilomavirem (HPV) typu 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 a 58

očkovací látkou

GARDASIL 9

- 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