

## Souhlas s poskytnutím zdravotní péče – očkováním

Já, .....

*Jméno, Příjmení*

byťem: .....

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

*meningokokovým onemocněním typu C*

očkovací látkou

### **MENJUGATE**

- 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

## Souhlas s poskytnutím zdravotní péče – očkováním

Já, .....

*Jméno, Příjmení*

byťem: .....

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

*meningokokovým onemocněním typu C*

očkovací látkou

### **MENJUGATE**

- 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