

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ODMOWY SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

Imię i nazwisko pacjenta.....PESEL..... WIEK.....

Adres zamieszkania/zameldowania/pobytu.....

	PRZYCZYNA ODMOWY wg OPINII RODZICÓW	RODZAJ SZCZEPIENIA
1.		
2.		
3.		

UWAGI i ADNOTACJE LEKARZA LUB PIEŁĘGNIARKI

OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW

Ja, matka (opiekunka prawna/faktyczna) dziecka zostałam poinformowana

Ja, ojciec (opiekun prawny/faktyczny) dziecka zostałem poinformowany

o obowiązkowym/zalecanym szczepieniu ochronnym przeciwko

.....
oraz, że zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące tego szczepienia w zrozumiały sposób, w tym o skutkach niezaszczepienia dziecka, w szczególności:

- ostrym zachorowaniu na chorobę/choroby, przeciw której nie wyrażam(my) zgody na szczepienie
- możliwych powikłaniach i odległych skutkach zdrowotnych (o ile dotyczy), w/w choroby/chorób
- możliwych konsekwencjach prawnych i administracyjnych (np. utrudnieniach wjazdu do niektórych krajów, problemach przy przyjęciu do przedszkola, szkoły itp.) wynikających z niezaszczepienia dziecka

Oświadczam, że świadomie nie wyrażam zgody na wykonanie obowiązkowego/zalecanego szczepienia ochronnego przeciwko ww. chorobie/chorobom.

PODPISY RODZICÓW (czytelne)

DATA

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA.....

PIECZĄTKA I PODPIS PIEŁĘGNIARKI.....