

## OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ODMOWY SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

Imię i nazwisko dziecka/pacjenta\*.....PESEL.....WIEK.....

Adres zamieszkania/zameldowania/pobytu\*.....

|    | PRZYCZYNA ODMOWY wg<br>PACJENTA/OPINII RODZICÓW* | RODZAJ SZCZEPIENIA | CZAS ODMOWY   |
|----|--|--------------------|---|
| 1. |  |                    | <input type="checkbox"/> CZAS OKREŚLONY (jaki)<br>.....<br><input type="checkbox"/> CZAS NIEOKREŚLONY |
| 2. |  |                    | <input type="checkbox"/> CZAS OKREŚLONY (jaki)<br>.....<br><input type="checkbox"/> CZAS NIEOKREŚLONY |
| 3. |  |                    | <input type="checkbox"/> CZAS OKREŚLONY (jaki)<br>.....<br><input type="checkbox"/> CZAS NIEOKREŚLONY |
| 4. |  |                    | <input type="checkbox"/> CZAS OKREŚLONY (jaki)<br>.....<br><input type="checkbox"/> CZAS NIEOKREŚLONY |
| 5. |  |                    | <input type="checkbox"/> CZAS OKREŚLONY (jaki)<br>.....<br><input type="checkbox"/> CZAS NIEOKREŚLONY |

### UWAGI i ADNOTACJE LEKARZA LUB PIELĘGNIARKI

### OŚWIADCZENIE PACJENTA LUB RODZICÓW/OPIEKUNÓW\* DZIECKA

Ja, .....matka/opiekunka prawna/faktyczna\*) dziecka oświadczam, że:

Ja, .....ojciec/opiekun prawny/faktyczny\*) dziecka oświadczam, że:

**zostałam/em poinformowana/y** o obowiązkowym/zalecanym szczepieniu ochronnym przeciw .....

oraz, że **w zrozumiały sposób zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące tego szczepienia.**

w tym o skutkach niezaszczepienia dziecka, w szczególności o możliwości ostrego zachorowania na chorobę/choroby\*, przeciw której nie wyrażam(my) zgody na szczepienie, możliwych powikłaniach i odległych skutkach zdrowotnych (o ile dotyczy), w/w choroby/chorób\* oraz możliwych konsekwencjach prawnych i administracyjnych (np. wszczęciu postępowania administracyjnego przez organy administracji publicznej, utrudnieniach wjazdu do niektórych krajów, problemach przy przyjęciu do przedszkola, szkoły itp.) wynikających z niezaszczepienia dziecka oraz, że po rozważeniu wszystkich przekazanych w/w informacji, **świadomie nie wyrażam zgody** na wykonanie obowiązkowego/zalecanego\* szczepienia ochronnego przeciwko w/w chorobie/chorobom.

MIJSCOWOŚĆ, DATA .....

PODPIS(Y) PACJENTA/RODZICÓW\* (czytelne) (matka)..... (ojciec).....

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA .....PIECZĄTKA I PODPIS PIELĘGNIARKI.....

\*) niepotrzebne skreślić