

OŚWIADCZENIE

NAZWISKO DZIECKA IMIĘ DZIECKA.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym* (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) małoletniego(imię i nazwisko małoletniego).

Potwierdzam, że zgodnie z art. 17 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) zostałem powiadomiony przez (imię i nazwisko lekarza) o obowiązkowym szczepieniu ochronnym przeciwko (podać nazwę jednostki chorobowej) oraz że zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałem. Otrzymałem również zadowalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

Jednocześnie dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciwko ww. chorobie/chorobom.

Ponadto potwierdzam, iż zostałem poinformowany o zalecanych szczepieniach ochronnych przeciwko (podać nazwę jednostki chorobowej). Uzyskane informacje zrozumiałem.

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

--

- niepotrzebne skreślić

podpis opiekuna prawnego/ faktycznego