

Nesouhlas 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 - povinném očkování proti
očkovací látkou
- 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 nesouhlasím.

V **Praze** dne

Podpis zákonného zástupce

Podpis zdravotnického pracovníka

Benešová Romana, MUDr.