

**OŚWIADCZENIE**  
**o wyrażeniu zgody na szczepienie dziecka ( 16 r. ż i powyżej)**

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

.....  
**(imię i nazwisko małoletniego)**

**I.** Potwierdzam, że zgodnie z art. 17 ust. 9 ustawy dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr. 234, poz. 1570, z późn. zm.) zostałam/ em powiadomiona/ y 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 zrozumiałam/ em. Otrzymałam/ em również zadowalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam /em udzielone mi odpowiedzi. Jednocześnie dobrowolnie wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \* na wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciwko ww. chorobie/ chorobom.

**II.** Ponadto potwierdzam, iż zostałam/ em poinformowana/ y o zalecanych szczepieniach ochronnych przeciwko .....

**(podać nazwę jednostki chorobowej)**

Uzyskane informacje zrozumiałam/ em.

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

W szczególności zostałam/ em pouczony o możliwości skorzystania z bezpłatnej szczepionki zakupionej przez Ministra właściwego d.s zdrowia .

Oświadczam jednak, iż odmawiam użycia tej szczepionki i zwracam się o wykorzystanie w zamian szczepionki przeze mnie dostarczonej o nazwie .....

**(podać nazwę szczepionki)**

Oświadczam, iż była ona przechowywana i transportowana z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego , tj.w warunkach gwarantujących jej skuteczne działanie .Zostałam/ em powiadomiona/ ny przez ww. lekarza o skutkach nieprawidłowego przechowywania i transportu szczepionki i zrozumiałam / em te informacje. Przyjmuje na siebie odpowiedzialność za niepożądane działanie szczepionki lub jej nieskuteczność, wynikające z nieprawidłowego jej przechowywania i transportu.

1) .....  
Data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna faktycznego\*

.....  
2) Data i czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 r. ż

Legenda; \*niepotrzebne skreślić