

Príloha 4.4

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

Poučenie a písomný informovaný súhlas osoby podliehajúcej očkovanej proti pandemickej chrípke

v zmysle § 12 zákona č. 355/2007 Z. z. a § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

Dolu podpísaný(á) potvrdzujem svojim podpisom, že v súčasnosti sa neliečim – moje dieťa sa nelieči * na žiadne akútne infekčné ochorenie a lekárovi som pri poskytnutí nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie.

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach očkovania, ktoré mi má byť poskytnuté, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou.

Bol(a) som tiež poučený(á) o rizikách odmietnutia očkovania proti pandemickej chrípke. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Svojim podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom súhlasím -
nesúhlasím*

V dňa čas

podpis a pečiatka lekára

podpis osoby, podliehajúcej očkovaniu
proti pandemickej chrípkе
(prípadne osoby ňou určenej,
alebo jej zákonného zástupcu)

* nehodiace preškrtnúť