



Nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb – povinné očkování

Jméno a příjmení nezletilého pacienta: _____

Narozen dne: _____ Adresa trvalého pobytu: _____

Údaje poskytovatele

Název: MUDr. Pavlína Talichová

Adresa: Březinova 62A, 586 01 Jihlava

IČ: 17173027

Obor poskytovaných zdravotních služeb: PLDD

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba (**povinné očkování**)

Očkování proti: _____ Očkovací látka: _____

Ze strany poskytovatele byla předána informace o uvedené zdravotní službě, byla předána informace o jejím důvodu a účelu, povaze a předpokládaném přínosu, byla předána informace o možných důsledcích a rizicích, případných alternativách. Byl dán s dostatečným předstihem k prostudování příbalový leták obsahující veškeré potřebné údaje a byla dána možnost klást lékaři doplňující otázky. Nejsou známy žádné zdravotní obtíže, které by bránily provedení očkování.

Přes výše uvedené provedení povinného očkování u nezletilého pacienta jako zákonný zástupce odmítám.

Jméno a příjmení zákonného zástupce (rodiče): _____

Narozen dne: _____ Kontakt (telefon, mail): _____

V(e): _____ Dne: _____ Podpis _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce (rodiče): _____

Narozen dne: _____ Kontakt (telefon, mail): _____

V(e): _____ Dne: _____ Podpis _____

Potvrzuji přijetí a zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V(e): _____

Dne: _____

Podpis lékaře

