Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb – nepovinné 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 **(nepovinné 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.

Zákonný zástupce níže svým podpisem potvrzuje výše uvedené a vyjadřuje svůj souhlas s poskytnutím této služby.

Jméno a příjmení zákonného zástupce (rodiče): _____

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

V(e): _____ _____

Dne: _____ **Podpis zákonného zástupce**

Potvrzuji přijetí a zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V(e): _____ _____

Dne: _____ **Podpis lékaře**