

Nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb – povinné očkování

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

Údaje poskytovatele zdravotních služeb

IČ: 22653490

Název (firma): Dětské Malvazinky s.r.o.

Adresa zdravotnického zařízení: Xaveriova 1982/52, Praha 5

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba (povinné očkování)

Očkování proti - očkovací látka

Záškrtu, tetanu, černému kašli, dětské obrně, žloutence typu B a onemocněním způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae* typu B – INFANRIX HEXA/HEXACIMA

Záškrtu, tetanu, černému kašli – INFANRIX/BOOSTRIX/ADACEL

Záškrtu, tetanu, černému kašli, dětské obrně – BOOSTRIX POLIO/ADACEL POLIO

Zarděnkám, spalničkám a příušnicím – PRIORIX/M-M-RvaxPro

Ze strany poskytovatele byla předána informace a k 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.

V Praze dne:

.....
Podpis zákonného zástupce

Za poskytovatele: