

Souhlas s poskytnutím zdravotní péče – nepovinné očkování

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení :

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

Údaje poskytovatele zdravotních služeb

IČ : 28636601

Název (firma) :

SILESIA Dětské, s.r.o., MUDr. Širůčková Simona

Adresa zdravotnického zařízení : Havanská 6145/4a, Ostrava-Poruba, 708 00

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba (nepovinné očkování)

Očkování proti :

Očkovací látka :

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. Níže uvedení svými podpisy potvrzují výše uvedené a vyjadřují svůj souhlas s poskytnutím této služby na celé očkovací schéma. Nejsou známy žádné zdravotní obtíže, které by bránily provedení očkování.

Jméno a příjmení matky :

Narozen dne :

podpis :

Jména a příjmení otce :

Narozen dne :

podpis :

Za poskytovatele podpis lékaře :

V Ostravě dne :