

## Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb – nepovinné očkování

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

### Údaje poskytovatele zdravotních služeb

IČ :

Název (firma) :

Adresa zdravotnického zařízení :

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 lékařovi doplňující otázky. Níže uvedení svými podpisy potvrzují výše uvedené a vyjadřují svůj souhlas či nesouhlas s poskytnutím této služby. Nejsou známy žádné zdravotní obtíže, které by bránily provedení očkování.

### zákonný zástupce 1.

Jméno a příjmení :

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

Narozen dne :

.....  
podpis zákonného zástupce 1

### zákonný zástupce 2.

Jméno a příjmení :

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

Narozen dne :

.....  
podpis zákonného zástupce 2

### Nezletilý pacient

S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím

.....  
podpis nezletilého pacienta

### Za poskytovatele

Jméno a příjmení :

.....  
podpis lékaře

Datum: