

Oświadczenie/ ŚWIADOMA ZGODA

Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody:

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym*
(w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i
Rzeczniku Praw Pacjenta) małoletniego j.w.

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/rodzica/opiekuna faktycznego*:
.....

Potwierdzam, że zgodnie z art. 17 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz
zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) zostałem
powiadomiony o **obowiązkowym/zalecanym** szczepieniu ochronnym przeciwko:

.....
(podać nazwę jednostki chorobowej)

Oraz, że zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące tego szczepienia
i je zrozumiałem.

Niniejszy dokument stanowi własność NZOZ „PROMED” sp. z o.o. w Kielcach.
Żadna część niniejszego dokumentu nie może być kopiowana i przedrukowywana
jakąkolwiek techniką bez pisemnej zgody Właściciela

Oświadczenie/ ŚWIADOMA ZGODA

Otrzymałem również zadawalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi oraz zapoznałem się z ulotką producenta Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na wykonanie proponowanej procedury medycznej

Kielce, dnia

Czytelny podpis pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego):

3 Potwierdzam, że w/w podpisany pacjent został poinformowany o przebiegu oraz powikłaniach mogących powstać w wyniku przeprowadzonej procedury.

4 Zlecenie podania preparatu:

.....
Data, pieczętka i podpis lekarza

Niniejszy dokument stanowi własność NZOZ „PROMED” sp. z o.o. w Kielcach.
Żadna część niniejszego dokumentu nie może być kopiowana i przedrukowywana
jakakolwiek techniką bez pisemnej zgody Właściciela