



pieczętka podmiotu leczniczego

_____, dnia _____ r.
miejsowość

Oświadczenie potwierdzające powiadomienie i poinformowanie o obowiązkowym i zalecanym szczepieniu ochronnym oraz niewyrażenie na nie zgody

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 (*imię i nazwisko małoletniego*).

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 przez (*imię i nazwisko lekarza*) o obowiązkowym szczepieniu ochronnym przeciwko (*podać nazwę jednostki chorobowej*) oraz że zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałem. Otrzymałem również zadawalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

Oświadczam, iż świadom skutków dla zdrowia małoletniego oraz konsekwencji prawnych za odmowę poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, **nie wyrażam** zgody na wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciwko ww. chorobie/chorobom.

Ponadto potwierdzam, iż zostałem poinformowany o zalecanym szczepieniu ochronnym przeciwko (*podać nazwę jednostki chorobowej*). Uzyskane informacje zrozumiałem.

Oświadczam, że **nie wyrażam** zgody na wykonanie zalecanego szczepienia ochronnego przeciwko ww. chorobie/chorobom.

.....
Czytelny podpis
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*

.....
Czytelny podpis lekarza

* *niepotrzebne skreślić*