

\_\_\_\_\_  
pieczęćka podmiotu leczniczego

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ r.  
miejsowość

**Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego\*/pacjenta  
dotyczące wykorzystania szczepionki dostarczonej przez niego  
(szczepienie zalecane)**

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*)/ ..... (*imię i nazwisko pacjenta*)

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 zalecanym 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.

Zwracam się o wykorzystanie szczepionki przeze mnie dostarczonej o nazwie ..... (*podać nazwę szczepionki, nr seryjny, producent*).

Oświadczam, iż była ona przechowywana i transportowana z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, tj. w warunkach gwarantujących jej skuteczne działanie. Zostałem powiadomiony przez ww. lekarza o skutkach nieprawidłowego przechowywania i transportu szczepionki, i zrozumiałem te informacje.

Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za niepożądane działanie szczepionki lub jej nieskuteczność, wynikające z nieprawidłowego jej przechowywania i transportu.

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

.....  
Czytelny podpis lekarza

\* *niepotrzebne skreślić*