



\_\_\_\_\_  
pieczętka podmiotu leczniczego

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

## **Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego\* dotyczące wykorzystania szczepionki dostarczonej przez niego**

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. W szczególności zostałem pouczony o możliwości skorzystania z bezpłatnej szczepionki zakupionej przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Oświadczam jednak, iż odmawiam użycia tej szczepionki i zwracam się o wykorzystanie w zamian szczepionki przeze mnie dostarczonej o nazwie ..... (*podać nazwę szczepionki*).

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*