

# Souhlas s poskytnutím zdravotní péče – očkováním

**Já**

Jméno a příjmení: .....

Bydliště: .....

jako zákonný zástupce nezletilého:

Jméno, příjmení: .....

Datum narození: .....

**Prohlašuji následující:**

- že jsem byl(a) ze strany níže uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován(a) o poskytnutí zdravotní péče – nepovinném očkování

proti.....  
očkovací látkou.....

- byl jsem informován(a) o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče
- byl jsem informován(a) o možných důsledcích a rizicích, kdy jsem se seznámil(a) s příbalovým letákem navržené očkovací látky
- mé dítě nemá žádné známé zdravotní či jiné obtíže, které by bránily provedení tohoto očkování – o těchto jsem byl(a) taktéž informován
- bylo mi umožněno klást doplňující otázky

Poučení jsem porozuměl(a), nemám již žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji souhlas.

V..... Dne.....

.....  
Podpis zákonného zástupce

.....  
Podpis lékaře