

## **Nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb – povinné očkování**

### **Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

### **Údaje poskytovatele zdravotních služeb**

IČ:

Název (firma):

Adresa zdravotnického zařízení:

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba (**povinné očkování**)

Očkování proti:

Očkovací látka:

Ze strany poskytovatele byla předána informace a k uvedené zdravotní službě, byla předána informace o jejím důvodu a účelu, povaze a předpokládaném přínosu, byla předána informace o možných důsledcích a rizicích, případných alternativách. Byl dán s dostatečným předstihem k prostudování příbalový leták obsahující veškeré potřebné údaje a byla dána možnost klást lékaři doplňující otázky. Nejsou známy žádné zdravotní obtíže, které by bránily provedení očkování.

Přes výše uvedené, provedení povinného očkování u nezletilého pacienta, jako zákonný zástupce odmítám.

zákonný zástupce pacienta

Pro povinné očkování není třeba souhlasu pacienta či zákonného zástupce. Nicméně je vhodné v případě odmítnutí provedení očkování požádat o písemné potvrzení tohoto odmítnutí.