

## Nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče – očkování

Já (jméno, příjmení): .....

adresa trvalého pobytu: .....

jako zákonný zástupce nezletilého dítěte

jméno, příjmení: ..... datum narození: .....

adresa trvalého pobytu (je-li různá od vaší) .....

### Prohlašuji následující:

- Byla/a jsem ze strany níže uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován/a o poskytnutí zdravotní péče - očkování

proti .....

očkovací látkou .....

- Byl/a jsem informována o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče.
- Byla/a jsem informována o možných důsledcích a rizicích, kdy jsem se s dostatečným předstihem seznámil/a s příbalovým letákem navržené očkovací látky.
- Nejsou známy žádné zdravotní či jiné obtíže dítěte, které by bránili provedení tohoto očkování. O těchto jsem byl/a taktéž informován/a.
- Byl/a jsem informován/a o případných alternativách.
- Bylo mi umožněno klást doplňující otázky.

Informacím jsem porozuměl/a, nemám již žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče **nesouhlasím**.

V ..... dne .....

.....

podpis zákonného zástupce

### Údaje zdravotnického zařízení

MUDr. Milada Dražanová

Praktický lékař pro děti a dorost

Svatopluka Čecha 2, Brno Královo Pole, 612 00

IČZ: 72996624, IČO: 75094509

Potvrzuji přijetí tohoto nesouhlasu a zakládám jej do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta:

V Brně dne .....

.....

podpis zdravotního pracovníka