



ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W SZCZEPIENIU
dotycząca szczepienia przeciwko HPV
WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. szczepienia oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dzieckaw tym szczepieniu i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części szczepienia bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział mojego dziecka w szczepieniu nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Jednocześnie oświadczam, że dziecko, którego jestem opiekunem prawnym, w momencie kwalifikacji na szczepienie jest w wieku 12 lat.

.....
Data i czytelny podpis opiekuna prawnego

WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. szczepienie z opiekunem prawnym pacjenta(ki), używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań, oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. szczepienia.

Imię i nazwisko dziecka

.....
(drukowanymi literami)

.....
Data i czytelny podpis lekarza

ORYGINAŁ/KOPIA