



.....  
miejsowość, data

**ŚWIADOMA ZGODA NA SZCZEPIENIE**

Ja, ( imię i nazwisko pacjenta).....  
Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu szczepienia przeciwko: ( podać nazwę jednostki chorobowej)

.....  
szczepionką: (podać nazwę szczepionki).....

Przed wykonaniem szczepienia zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałem/am. Otrzymałem/am również zadowalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem/am udzielone mi odpowiedzi. Uzyskane informacje zrozumiałem/am.

Oświadczam, że nie są mi znane żadne uwarunkowania zdrowotne mogące stanowić przeciwwskazanie do wykonania szczepienia.

Jednocześnie dobrowolnie wyrażam świadomą zgodę na wykonanie szczepienia przeciwko ww. chorobie/chorobom\*

.....  
Czytelny podpis pacjenta/

Przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego\*

\*niepotrzebne skreślić



.....  
miejsowość, data

**ŚWIADOMA ZGODA NA SZCZEPIENIE**

Ja, ( imię i nazwisko pacjenta).....  
Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu szczepienia przeciwko: ( podać nazwę jednostki chorobowej)

.....  
szczepionką: (podać nazwę szczepionki).....

Przed wykonaniem szczepienia zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałem/am. Otrzymałem/am również zadowalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem/am udzielone mi odpowiedzi. Uzyskane informacje zrozumiałem/am.

Oświadczam, że nie są mi znane żadne uwarunkowania zdrowotne mogące stanowić przeciwwskazanie do wykonania szczepienia.

Jednocześnie dobrowolnie wyrażam świadomą zgodę na wykonanie szczepienia przeciwko ww. chorobie/chorobom\*

.....  
Czytelny podpis pacjenta/

Przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego\*

\*niepotrzebne skreślić