



Krajské vakcinačné centrum Previdza

Zimný štadión, Bojnická cesta 32, 971 01 Previdza



POSKYTOVATEĽ ZS Krajské vakcinačné centrum Previdza

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....**rodné číslo:**.....

bydlisko (ulica, čís. domu, miesto, PSČ):.....

mobilné tel. č. / e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie):.....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:.....

Novovzniknuté ťažkosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

Dolu podpísaný/á

potvrdzujem svojím podpisom, že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch Krajského vakcinačného centra Previdza.

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi ako zákonnému zástupcovi maloletého bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučenie som ako zákonný zástupca maloletého porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi **súhlasím – nesúhlasím.*** Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko- liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať v Krajskom vakcinačnom centre Previdza bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v Krajskom vakcinačnom centre Previdza trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

Vdňačas

.....

podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis
osoby, ktorej sa poskytuje
zdravotná starostlivosť
(prípadne jej zákonného zástupcu)

* nehodiace preškrtnúť