



Poskytovateľ ZS: **Krajské vakcinačné centrum Trenčín**  
K výstavisku 447/14, 911 01 Trenčín

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

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

.....  
**rodné číslo:** ..... **zdravotná poisťovňa:**.....

**bydlisko** (ulica, č. domu, mesto, PSČ): .....

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

Novovzniknuté ťažkosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

**Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:**

Podanie očkovacej látky je v jednej alebo v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúca 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 (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch pracoviska Krajské vakcinačné centrum Trenčín.

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

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickým výkonom **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 Trenčín bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v Krajskom vakcinačnom centre Trenčín trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V Trenčíne dňa .....čas.....

.....  
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....  
podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná  
starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)

\* nehodiace preškrtnúť