



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 ťažnosti, 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 krátkodobu tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrova 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 (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke 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 dňačas.....

.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára

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

* nehodiace preškrtnúť