



Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie szczepienia przeciw Nowej Influenzie A(H1N1)

Prosimy wypełnić poniższy tekst drukowanymi literami.

Nazwisko: Imię:

Data urodzenia:

Miejsce zamieszkania - ulica:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Numer Kasy Chorych (wg. karty ubezpieczenia zdrowotnego):

Numer ubezpieczonego (wg. karty ubezpieczenia zdrowotnego):

- Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że jestem zatrudniona/ny w jednej z placówek opieki zdrowotnej lub opiekuńczej, w służbach ratunkowych, w straży pożarnej lub w policji.
- Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że cierpię na jedną z chorób, z powodu której, w pierwszej kolejności mogę otrzymać szczepionkę.
- Nie należę do żadnej z powyżej wymienionych grup.

Zapoznałam/łem się z treścią ulotki i zrozumiałam/łem jej treść	~ tak	~ nie
Chciałabym/łbym przeprowadzić rozmowę z lekarzem	~ tak	~ nie
Czy występuje u Pani/Pana gorączka (powyżej 38°C)	~ tak	~ nie
Czy po uprzednim szczepieniu wystąpiły u Pani/Pana reakcje alergiczne	~ tak	~ nie
Czy jest Pani/Pan uczulona/ny na białko jaja kurzego	~ tak	~ nie
Czy przyjmuje Pani/Pan leki przeciwko krzepnięciu krwi	~ tak	~ nie
Czy jest Pani w ciąży	~ tak	~ nie

Dotyczy tylko dzieci poniżej 10-go roku życia: 1. szczepienie
2. szczepienie

Nie mam żadnych pytań i wyrażam zgodę na przeprowadzenie szczepienia.

Data i podpis szczepionego:

Dokumentacja dotycząca szczepienia (wypełnia placówka wykonująca szczepienie)

Skład szczepionki:

1. Dawka ~ Data Chargen-Nr

2. Dawka ~ Data Chargen-Nr

Adres placówki wykonującej szczepienie (pieczętka) Nazwisko i podpis lekarza

(Oryginał otrzymuje osoba zaszczepiona, kopia pozostaje w placówce dokonania szczepienia)