

## Nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb – povinné očkování

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

**Údaje poskytovatele zdravotních služeb:** IČ : 47997494

Název (firma) : MUDr. Jana Pachová

Adresa zdravotnického zařízení : Olomoucká 2307/66, 785 01 Šternberk

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba (**povinné očkování**)

Očkování proti : .....Očkovací látka.....

Ze strany poskytovatele byla předána informace a k uvedené zdravotní službě, byla předána informace o jejím důvodu a účelu, povaze a předpokládaném přínosu, byla předána informace o možných důsledcích a rizicích, případných alternativách. Byl dán s dostatečným předstihem k prostudování příbalový leták obsahující veškeré potřebné údaje a byla dána možnost klást lékaři doplňující otázky. Nejsou známy žádné zdravotní obtíže, které by bránily provedení očkování.

**Přes výše uvedené, provedení povinného očkování u nezletilého pacienta, jako zákonný zástupce odmítám.**

.....

Zákonný zástupce pacienta

Pro povinné očkování není třeba souhlasu pacienta či zákonného zástupce. Nicméně je vhodné v případě odmítnutí provedení očkování požádat o písemné potvrzení tohoto odmítnutí.