



Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta s očkovaním

Identifikačné údaje očkovacieho miesta: Fakultná nemocnica Trenčín, Legionárska 28,
911 71 Trenčín

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

.....

rodné číslo:

bydlisko (ulica, čís. domu, miesto, 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 – 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 pracoviska Vakcinačná ambulancia Fakultná nemocnica 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 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 vo Vakcinačnej ambulancii Fakultnej nemocnice Trenčín

bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu vo Vakcinačnej ambulancii Fakultnej nemocnice 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 zdrav. starostlivosť
(zákonného zástupcu)

* nehodiace sa preškrtnúť