**Souhlas / nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb:**

**OČKOVÁNÍ NA VYŽÁDÁNÍ**

**Údaje nezletilého pacienta:** Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

**Údaje zákonného zástupce:** Jméno a příjmení:

Narozen dne:

**Údaje poskytovatele zdravotních služeb:**

IČ: 037 36 954

Název (firma) : MUDr. Nela Neuwirthová s.r.o.

Adresa zdravotnického zařízení: Březinova 62a, Jihlava, 586 01

Ze strany poskytovatele byla předána informace o 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. Níže uvedeným svým podpisem potvrzuje výše uvedené a vyjadřuje svůj souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím této služby. Nejsou známy žádné zdravotní obtíže, které by bránily provedení očkování.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Očkovací látka** | **ANO / NE** | **Podpis zák. zástupce** | **Podpis lékařky** |
|  | ROTARIX |  |  |  |
|  | ROTATEQ |  |  |  |
|  | SYNFLORIX |  |  |  |
|  | PREVENAR 13 |  |  |  |
|  | VARILRIX |  |  |  |
|  | HAVRIX 720 |  |  |  |
|  | FSME – IMMUN 0,25 |  |  |  |
|  | BEXSERO |  |  |  |
|  | TRUMENBA |  |  |  |
|  | NIMENRIX |  |  |  |
|  | MENVEO |  |  |  |
|  | CERVARIX |  |  |  |
|  | GARDASIL |  |  |  |
|  | GARDASIL 9  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Str.1 / 1