

Oravská poliklinika Námestovo, Červeného kríža 62/30, 029 01 Námestovo, t. č. 043/5503110

Ambulancia: Vakcinačné centrum

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

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

.....rodné číslo:.....

bydlisko (ulica, čís. domu, miesto, PSČ):.....

mobilné 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

potvrďujem 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 – vakcinačné centru Oravskej polikliniky.

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 potvrďujem, 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 na vakcinačné centru Oravskej polikliniky, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na vakcinačné centru Oravskej polikliniky trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

Vdňačas

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

podpis a odtlačok pečiatky lekára

* nehodiace preškrtnúť