

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE „ PROFILAKTYCZNY PROGRAM SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIW GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ KAMIENNA GÓRA POWYŻEJ 65 ROKU ŻYCIA”

Ja

(imię i nazwisko)

Zam.

(adres: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

Wyrażam zgodę na udział w „Profilaktycznym programie szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kamienna Góra powyżej 65 roku życia”, obejmujący wykonanie szczepienia szczepionką ochronną przez wykwalifikowany personel medyczny, po uprzednim badaniu lekarskim.

Potwierdzam, że udzielono mi informacji o celu prowadzonych szczepień.

Potwierdzam, że poinformowano mnie o możliwości rezygnacji z udziału w programie w każdym momencie jego realizacji, po złożeniu pisemnej rezygnacji.

Potwierdzam, że udzielono mi informacji o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, o powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku nie wykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać pomimo prawidłowego wykonania szczepienia oraz postępowania po wykonaniu czynności leczniczej.

Informacja, którą przekazał mi lekarz, była dla mnie w pełni czytelna i zrozumiała. Podczas rozmowy z lekarzem miałem/ miałam możliwość zadawania pytań dotyczących szczepienia.

Oświadczam, że zapoznałem się/ zapoznałam się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na wykonanie mi szczepienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem Programu, w którym dobrowolnie biorę udział.

Ponadto informujemy, że ze względu na własne bezpieczeństwo zaszczepiony Pacjent powinien zostać na terenie przychodni przez 30 minut po wykonaniu szczepienia.

.....

(data i czytelny podpis)