

POSKYTOVATEĽ ZS (vyplniť).....

**Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov**

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť	
Rodné číslo	
Bydlisko (ulica, č. domu, mesto, PSČ)	
Telefónne číslo / email (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie)	

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

.....  
.....

***Navrhovaný (plánovaný) výkon prevencie:***

Podanie očkovacej látky proti ochoreniu COVID-19 sa riadi podľa aktuálne platných Súhrnov charakteristických vlastností lieku jednotlivých očkovacích látok.

Dolu podpísaný/á .....  
potvrďujem svojím podpisom, že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného výkonu prevencie, 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 .....  
(doplniť očkovacie miesto).

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.

Taktiež potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o možných kontraindikáciách v súvislosti s podaním vakcíny, ktorými sú precitlivosť na niektorú zložku vakcíny alebo akútne horúčkové ochorenie. Bližšie informácie o očkovacej látke môžete nájsť v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné získať na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska .....  
(doplniť očkovacie miesto).

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným výkonom prevencie **SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM<sup>1</sup>**. Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

V ..... dňa ..... čas .....

.....  
podpis a otláčok pečiatky lekára

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

<sup>1</sup> nehodiace sa preškrtnúť