

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 je pri dvojdávkovej očkovacej schéme v dvoch dávkach, pri jednodávkovej očkovacej schéme v jednej dávke. 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.

Dodatočná tretia dávka pre imunokompromitované osoby je súčasťou základnej očkovacej schémy a vykonáva sa mRNA vakcínami. Posilňovaciu („booster“) dávku vakcíny proti ochoreniu COVID-19 pre ostatné osoby je možné podať v prípade dvojdávkovej očkovacej schémy najskôr po 3 mesiacoch po podaní základnej očkovacej schémy, v prípade proteínovej vakcíny 6 mesiacov po podaní primárneho očkovacieho cyklu a v prípade jednodávkovej očkovacej schémy najskôr po 8 týždňoch od podania základnej očkovacej schémy. Ďalšiu posilňovaciu („booster“)

dávku mRNA vakcíny proti ochoreniu COVID-19 je možné podať najskôr 3 mesiace po aplikácii poslednej dávky vakcíny proti ochoreniu COVID-19.

Dolu podpísaný/á
potvrdzujem 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 (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
(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 – NESÚHLASÍM¹**. Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na..... (doplniť očkovacie miesto) bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na.....(doplniť očkovacie miesto) trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V dňa čas

.....
.....
podpis a otláčok pečiatky lekára

.....
.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje
zdravotná starostlivosť

¹ nehodiace sa preškrtnúť