POSKYTOVATEĽ ZS (vyplní ošetrujúci zdravotnícky pracovník) :

**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, číslo domu, miesto, PSČ):

………………………………………………………………………………………………………………................................................

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): ..................................................….......

kód / názov zdravotnej poisťovne: ...........................................................................................................

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) obsahuje oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny 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 ...............................................................................................................................

potvrdzujem 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 (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: Veľkokapacitné očkovacie centrum).

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 potvrdzujem, že s navrhovanými 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 vo Veľkokapacitnom očkovacom centre bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu vo Veľkokapacitnom očkovacom centre trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V ................................ dňa .….…………........... čas …...…..........

..................................................................... ......................................

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

a podpis a odtlačok pečiatky lekára