

FORMULARZ ZGODY NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO WIRUSOWI HPV 16 i 18

Imię i Nazwisko Dziecka

Imię i Nazwisko Przedstawiciela Ustawowego / Opiekuna*

Data urodzenia

Nr Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania: Poznań, dzielnica ulica

nr domu nr mieszkania tel. dom. tel. kom. e-mail

Przynależność do lekarza rodzinnego:

nazwa placówki, adres i telefon

Niniejszym oświadczam, iż jako przedstawiciel ustawowy / opiekun* zostałem/łam* poinformowany/na* o zasadach, sposobie prowadzenia i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu i o celowości, działaniu i ewentualnych następstwach podanej szczepionki.

Oświadczam, iż jako przedstawiciel ustawowy / opiekun* miałem/łam* możliwość zadawania pytań osobie dokonującej szczepienia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie szczepienia przeciwko wirusowi HPV 16 i 18 szczepionką Cervarix® oraz na edukację i informację dotyczącą rozprzestrzeniania się wirusa brodawczaka ludzkiego i profilaktyki raka szyjki macicy.

Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy / opiekun* podczas wywiadu i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia małoletniej, badań, oraz przebytych chorób.

data i podpis przedstawiciela ustawowego / opiekuna*

* niepotrzebne skreślić

Realizacja świadczeń zdrowotnych finansowana ze środków budżetowych Miasta Poznań.