

## Nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb – povinné očkování

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

### Údaje poskytovatele zdravotních služeb

IČ : 047 24 330

Název (firma) : MUDr. Veronika Křivská

Adresa zdravotnického zařízení : Partyzánská 1730/3, 747 05 Opava

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba (**povinné očkování**)

Očkování proti : .....

Očkovací látka : .....

Ze strany poskytovatele byla předána informace a k uvedené zdravotní službě, byla předána informace o jejím důvodu a účelu, povaze a předpokládaném přínosu, byla předána informace o možných důsledcích a rizicích, případných alternativách. Byl dán s dostatečným předstihem k prostudování příbalový leták obsahující veškeré potřebné údaje a byla dána možnost klást lékaři doplňující otázky. Nejsou známy žádné zdravotní obtíže, které by bránily provedení očkování.

Přes výše uvedené, provedení povinného očkování u nezletilého pacienta, jako zákonný zástupce odmítám.

.....

zákonný zástupce pacienta