

POSKYTOVATEĽ ZS (vyplní ošetrojúci 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 krátkodobu 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](http://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

\* nehodiace preškrtnúť