**Nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče – očkováním**

Já, …………………………………………………………………………………………….,

 *Jméno, Příjmení*

bytem:…………………………………………………………………………………………

jako zákonný zástupce nezletilého:

JMÉNO PŘÍJMENÍ: …………………………………………………………..

DATUM NAROZENÍ: …………………………………………………………

**Prohlašuji následující:**

-         že jsem byl ze strany níže uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován o poskytnutí zdravotní péče – nepovinném /povinném  očkování proti…………………………………………………………………………………….

očkovací látkou ……………………………………………………………………….

-         byl jsem informován o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče

-         byl jsem informován o možných důsledcích a rizicích, kdy jsem se seznámil s příbalovým letákem navržené očkovací látky

-         mé dítě nemá žádné známé zdravotní či jiné obtíže, které by bránily provedení tohoto očkování – o těchto jsem byl taktéž informován

-         byl jsem informován o případných alternativách

-         bylo mi umožněno klást doplňující otázky

Poučení jsem porozuměl, nemám již žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče navržené zdravotní péče nesouhlasím.

V …………………. dne …………………….

Podpis zákonného zástupce

Podpis zdravotnického pracovníka