

.....
miejsowość, data

Oświadczenie

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym* (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) małoletniego(*imię i nazwisko małoletniego*).

Potwierdzam, że zgodnie z art. 17 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) zostałem powiadomiony przez (*imię i nazwisko lekarza*) o obowiązkowych szczepieniach ochronnych, oraz że zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące szczepień i je zrozumiałem. Otrzymałem również zadowalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

Jednocześnie dobrowolnie **nie wyrażam zgody / wyrażam zgodę** na wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego.

Ponadto potwierdzam, iż zostałem poinformowany o zalecanych szczepieniach ochronnych. Uzyskane informacje zrozumiałem.

Oświadczam, że **nie wyrażam zgody / wyrażam zgodę** na wykonanie zalecanego szczepienia ochronnego przeciwko ww. chorobie/chorobom.

.....
Czytelny podpis
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*

* *niepotrzebne skreślić*