**Nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb – povinné očkování**

**Údaje nezletilého pacienta**

Jméno a příjmení:

Narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

**Údaje poskytovatele zdravotních služeb**

IČ :

Název (firma) :

Adresa zdravotnického zařízení :

**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.

V ……………………dne…………………………….

………………………………….. ……………

Podpis zákonného zástupce pacienta