

# Nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb – povinné očkování

## Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:

Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

## Údaje poskytovatele zdravotních služeb

Název (firma): Dětská ambulance – MUDr. Polášková, s.r.o., IČ: 024 46 545

Adresa zdravotnického zařízení: Makovského nám. 3147/2, 616 00, Brno, tel. 539 090 222

Obor poskytovaných zdravotních služeb: *praktický lékař pro děti a dorost*

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