

WOŁOMIN DN.....

FORMULARZ ZGODY NA SZCZEPIENIE PRZECIW :

.....

NAZWISKO DZIECKA:	IMIĘ DZIECKA:
PESEL DZIECKA:	WIEK DZIECKA:

PYTANIA DO RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

TAK

NIE

	TAK	NIE
Czy dziecko wg Pani/Pana jest chore ?		
Czy dziecko jest uczulone na leki, lateks, białko jaja kurzego ?		
Czy dziecko w ostatnich 5 tygodniach miało kontakt z chorobą zakaźną?		
Czy dziecko było szczepione w ciągu ostatnich 4 tygodni?		
Czy dziecko cierpi na aktywne schorzenia neurologiczne np. napady drgawek?		
Czy dziecko choruje na astmę, inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub chorobą metaboliczną np. cukrzycę?		
Czy u dziecka zdiagnozowano zaburzenia układu odpornościowego (AIDS, choroby szpiku) ?		
Czy dziecko w ciągu 3minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, kortykosteroidem, lekami p/w nowotworom(cytostatyki), poddawano radioterapii lub leczeniu biologicznemu?		
Czy dziewczynka/ nastolatka jest w ciąży ?		

Na wszystkie pytania zawarte w formularzu udzieliłam/em odpowiedzi zgodnie z prawdą.

Zostałam/em poinformowany o szczepieniach obowiązkowych i zalecanych.

Po zapoznaniu się ze wszystkimi informacjami, jako rodzic/prawny opiekun wyrażam świadomą zgodę na zaszczepienie mojego dziecka

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego