Załącznik nr 1 do Programu Polityki Zdrowotnej na Terenie Miasta Iławy

ZGODA NA UDZIAŁ W SZCZEPIENIU
dotycząca szczepienia przeciwko pneumokokom

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące w/w szczepienia oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w tym szczepieniu i jestem świadomy(a) faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części szczepienia bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział mojego dziecka w szczepieniu nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie akcji szczepień zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Opiekun prawny pacjenta:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu opiekuna prawnego pacjenta

Oświadczam, że omówiłem(am) w/w szczepienie z pacjentem lub/i opiekunem prawnym pacjenta(ki) używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) odpowiedzi na zadane pytania i informacji dotyczących natury i znaczenia w/w szczepienia.
Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis data złożenia podpisu

ORYGINAŁ

ZGODA NA UDZIAŁ W SZCZEPIENIU
dotycząca szczepienia przeciwko pneumokokom

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące w/w szczepienia oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym szczepieniu i jestem świadomy(a) faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części szczepienia bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w szczepieniu nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w akcji szczepień zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o Ochronie Danych Osobowych z 29.08.1997).

Pacjent:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu opiekuna prawnego pacjenta

Oświadczam, że omówiłem(am) w/w szczepienie z pacjentem lub/i opiekunem prawnym pacjenta(ki) używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) odpowiedzi na zadane pytania i informacji dotyczących natury i znaczenia w/w szczepienia.
Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis data złożenia podpisu

KOPIA