



## Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta s očkovaním

**Identifikačné údaje očkovacieho miesta:** Fakultná nemocnica Trenčín, Legionárska 28,  
911 71 Trenčín

**Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:**

.....

**rodné číslo:** .....

**bydlisko (ulica, čís. domu, miesto, PSČ):**

.....

**tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie):**

.....

**Meno a priezvisko zákonného zástupcu:** .....

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

.....

.....

### **Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:**

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

Dolu podpísaný/á .....

potvrďujem svojim podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvuje maloletý za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch pracoviska Vakcinačná ambulancia Fakultná nemocnica Trenčín.

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi ako zákonnému zástupcovi maloletého bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som ako zákonný zástupca maloletého porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi

**súhlasím – nesúhlasím.\***

Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať vo Vakcinačnej ambulancii Fakultnej nemocnice Trenčín bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu vo Vakcinačnej ambulancii Fakultnej nemocnice Trenčín trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V Trenčíne dňa ..... čas .....

.....  
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....  
podpis osoby ktorej sa poskytuje zdrav. starostlivosť  
(zákonného zástupcu)

\* nehodiace sa preškrtnúť