

POSKYTOVATEĽ ZS.....

**Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta** podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

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

.....**rodné číslo:**.....

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

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

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

.....  
**Navrhovaný (plánovaný) zdravotný výkon:**

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu 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 .....

potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného zdravotného výkonu, ktorý absolvujem 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 .....

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

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným zdravotným výkonom

**súhlasím – nesúhlasím.\***

Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.  
Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne zdravotné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na .....bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na.....  
trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V .....dňa .....čas .....

\* nehodiace preškrtnúť

.....  
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....  
podpis osoby, ktorej sa poskytuje  
zdravotná starostlivosť  
(prípadne zákonného zástupcu)