

FORMULARZ ZGODY NA SZCZEPIENIE OCHRONNE PRZECIWKO WIRUSOWI SARS-COV-2

Nazwisko i Imię.....
(drukowanymi literami)

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

.....

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

Telefon kontaktowy.....

Zostałem(am) poinformowany przez.....

(imię i nazwisko lekarza)

O celowości, działaniu, ewentualnych powikłań o następstwach proponowanego szczepienia ochronnego.

Oświadczam, że nie zataiłem(łam) żadnych istotnych informacji o obecnym stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych lekach.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis pacjenta)

.....

(Pieczętka i podpis lekarza)