



## INFORMOVANÝ SOUHLAS

### OČKOVÁNÍ

#### Pacient/ka:

Příjmení..... Jméno .....

Rodné číslo..... Datum narození .....

Bydliště ..... Pojišťovna .....

#### LÉKAŘSKÉ ZÁPISY:

- |   |          |
|---|----------|
| 1) Objevila se u vás někdy v minulosti alergická reakce po očkování?  | ANO – NE |
| 2) Máte alergii na vejce, kuřecí bílkovinu nebo na nějaké ze složek vakcín?<br>(formaldehyd, neomycin, octoxinol 9) | ANO - NE |
| 3) Byl(a) jste očkován(a) v posledních dvou týdnech?  | ANO – NE |
| 4) Probíhá u vás momentálně horečnaté onemocnění nebo akutní infekce?   | ANO – NE |
| 5) Trpíte v současnosti intenzivními projevy chronického onemocnění?  | ANO – NE |
| 6) Máte sníženou imunitu?   | ANO – NE |

#### PLÁNOVANÉ VÝKONY:

Vakcína: ..... Číslo šarže: ..... Exspirace: .....

Pořadí dávky: ..... Datum aplikace: .....

#### PROHLAŠUJI, ŽE MI BYLO ZDRAVOTNICKÝM PRACOVNÍKEM SDĚLENO A VYSVĚTLENO:

1. Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu;  
dále vedlejší reakce lokální – místní (zarudnutí v místě vpichu, citlivost až bolestivost v místě aplikace) a celkové – „předchřipkové příznaky“ (únava, bolest kloubů, svalů, hlavy, zvýšená teplota); v případě nutnosti může klient kontaktovat CallCentrum na tel.č. 212 12 12 12;
2. Zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a ta mi byla nabídnuta;
3. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo neočekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti;  
klient byl poučen o setrvání na recepci/v čekárně po dobu 30 minut z důvodu předcházení náhlé alergické reakce a o klidovém režimu – 24 hodin;  
po očkování nesportovat, neplavat, nepít alkohol, nechodit do sauny apod.
4. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého klienta, stvrzuji, že shora uvedené skutečnosti byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě.

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a byla mi dána možnost zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením uvedeného zdravotnického výkonu. Podpisem klient dále stvrzuje, že byl předem informován o platbě ve výši

..... Kč a s touto částkou souhlasí.

Ve Stodě dne.....

Podpis a razítko lékaře: .....



Podpis klienta (zákonného zástupce): .....

Informace o možnosti a způsobu uplatnění svých práv v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováváním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů naleznete na [www.stod.nemocnicepk.cz](http://www.stod.nemocnicepk.cz) nebo v listinné podobě v sekretariátu ředitele.