

....., dnia.....

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie
ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów**

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY NA SZCZEPIENIE OCHRONNE MAŁOLETNIEGO

(Wniosek należy wypełnić wielkimi literami)

1) Część wspólna (wypełniają wszyscy):

- Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym* (w rozumieniu art.3 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) małoletniego*
(imię i nazwisko małoletniego)
- Potwierdzam, że zgodnie z art. 17 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zostałem poinformowany przez
(imię i nazwisko lekarza)

o obowiązkowych* i zalecanych* szczepieniach ochronnych przeciwko:

-
(nazwa jednostki chorobowej)
- Zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia oraz otrzymałem zadawalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania je zrozumiałem.
 - Poinformowano mnie o możliwości wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego oraz o konieczności pozostania w poradni do pół godziny po zabiegu.
 - Zostałem pouczone o możliwości wyboru i skorzystania z bezpłatnej szczepionki zakupionej przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
 - **Dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie obowiązkowych szczepień ochronnych.**

2) Część dodatkowa (wypełniają osoby dostarczające szczepionkę do punktu szczepień we własnym zakresie):

- Wyrażam zgodę na wykonanie szczepień ochronnych szczepionką przeze mnie dostarczoną o nazwie:
(podać nazwę szczepionki)
- Oświadczam, że była ona przechowywana i transportowana z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, tj, w warunkach gwarantujących jej skuteczne działanie,
- Zostałem pouczone o skutkach nieprawidłowego przechowywania i transportu szczepionki oraz zrozumiałem te informacje.
- Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za niepożądane działanie szczepionki lub jej nieskuteczność, wynikającą z nieprawidłowego przechowywania i transportu.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie z siedzibą: 44-190 Knurów, ul. Niepodległości 8. Dane są przetwarzane w celu realizacji niniejszego dokumentu, nie będą one przekazywane do państw trzecich. Decyzje o ich przetwarzaniu nie są podejmowane w sposób zautomatyzowany. Mają Państwo prawo wglądu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej), ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w procesie przetwarzania danych mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych).

Dane kontaktowe:

- Inspektor Ochrony Danych Osobowych: iod@zozknurów.pl
- Administrator Danych Osobowych: sekretariat@zozknurów.pl

.....
(czytelny podpis osoby przedstawiciela ustawowego opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić