

miejsowość....., dnia.....

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

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ODMOWY SZCZEPIENIA OCHRONNEGO OSOBY DOROSŁEJ
(Wniosek należy wypełnić wielkimi literami)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA PESEL WIEK

ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA/POBYTU

DANE OPIEKUNÓW PRAWNYCH:PESEL:.....

.....

	PRZYCZYNA ODMOWY WG PACJENTA	RODZAJ SZCZEPIENIA
1.		
2.		
3.		

UWAGI I ADNOTACJE LEKARZA LUB PIELĘGNIARKI

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja niżej podpisana/-y zostam/-em poinformowana/-ny o obowiązkowym/zalecanym szczepieniu ochronnym przeciwko.....

oraz, że zostaiy mi przekazane wszelkie informacje dotyczące tego szczepienia w zrozumiały sposób, w tym o skutkach niezaszczepienia się, w szczególności:

- ostrym zachorowaniu na chorobę/choroby, przeciw której nie wyrażam(my) zgody na szczepienie
- możliwych powikłaniach i odległych skutkach zdrowotnych (o ile dotyczy), w/w choroby/chorób
- możliwych konsekwencjach prawnych i administracyjnych (np. utrudnieniach wjazdu do niektórych krajów, problemach przy przyjęciu do szkoły itp.) wynikających z niezaszczepienia

Oświadczam, że świadomie nie wyrażam zgody na wykonanie obowiązkowego/zalecanego szczepienia ochronnego przeciwko ww. chorobie/chorobom.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie z siedzibą: 44-190 Knurów, ul. Niepodległości 8. Podane dane osobowe przetwarzane są w celu przyjęcia oświadczenia o odmowie szczepienia ochronnego dziecka, na podstawie Artykułu 9 ust. 2 lit. h RODO oraz art. 6 ust. 1 lit. c . Dane nie będą 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- np. po okresie archiwizacji), ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania. Dane będą udostępnione podmiotom uprawnionym Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

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

.....
(czytelne podpisy Pacjenta)

.....
(podpis i pieczętka lekarza)

.....
(podpis i pieczętka pielęgniarki)