

Imunoprofilaktikos organizavimo ir atlikimo
tvarkos aprašo
5 priedas

(Atsisakymo skiepyti (-s) forma)
VŠĮ TELŠIŲ RAJ.PSPC
180377128, Kalno 40, Telšiai , 8-444-51469, 865906194

(Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas pavadinimas, kodas, adresas, telefonas)
(Padalinio (skyriaus, departamento ar pan.), kuriame atliejamas skiepijimas, pavadinimas, telefonas)

ATSISAKYMAS SKIEPYTI (-S)

Paciento vardas ir pavardė:

Gimimo data:

Paciento asmens kodas

Paciento atstovo vardas ir pavardė, atstovavimo pagrindas (kai skiepijamas atstovaujamas pacientas):

Imuninio (-ių) vaistinio (-ių) preparato (-ų) pavadinimas (-ai):

Aš esu informuota (-as):

– ir suprantu, kad nuo vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų efektyviausiai apsaugo tik imuniniai vaistiniai preparatai;

– gydytojo / slaugytojo apie imuninį vaistinį preparatą, skiepijimo schemą, skiepijimo būdą, nepageidaujamas reakcijas, imuniteto susidarymą ir jo ilgalaikiškumą;

– prisiimu atsakomybę už atsisakymo skiepyti (-is) pasekmes pagal Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymą ir kitus vaiko teises saugančius teisės aktus (kai skiepijamas vaikas) bei Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą.

Aš, (*Vardas ir pavardė*) atsisakau,
kad (*reikiamą pabraukti*) man / mano atstovaujama asmeniui būtų atliktas skiepijimas.

Data ir laikas:

Paciento ar jo atstovo (*reikiamą pabraukti*) parašas:

Asmens sveikatos priežiūros specialisto spaudas ir parašas:
