CENTRUM MEDYCZNE

KATARZYŃSCY

ul. Piasta8

62-025 Kostrzyn

tel. 61 10 29 810

.......................................................................................................................

(Imię i nazwisko pacjenta)

.......................................................................................................................

( data urodzenia)

Oświadczenie pacjenta (opiekuna prawnego)

o prawidłowym przechowywaniu i transporcie szczepionki oraz zgoda na jej podanie:

.......................................................................................................................

(nazwa szczepionki)

......................................................................................................................

(Numer serii)

......................................................................................................................

(Data ważności)

......................................................................................................................

(Data zakupu)

Oświadczam, że po zakupie szczepionki w aptece przechowywałam/em ją oraz transportowałam/em   
w opakowaniu termoizolacyjnym zgodnie z zaleceniami producenta.

Mając na względzie powyższe, wyrażam świadomą zgodę na podanie mnie/ mojemu dziecku

ww. produktu leczniczego.

Ponadto zaświadczam, że lekarz/pielęgniarka poinformował mnie o potencjalnych konsekwencjach podania szczepionki, która nie była przechowywana zgodnie z zaleceniami producenta.

.............................................................................. .........................................................................

(data i czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego) (data i czytelny podpis lekarza/pielęgniarki

przyjmującego oświadczenie)