



\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ r.  
pieczętka podmiotu leczniczego miejscowość

**Oświadczenie potwierdzające powiadomienie i poinformowanie  
o obowiązkowym i zalecanym szczepieniu ochronnym oraz  
wyrażenie na nie zgody**

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 (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) zostałem powiadomiony przez ..... (imię i nazwisko lekarza) o obowiązkowym szczepieniu ochronnym przeciwko ..... (podać nazwę jednostki chorobowej) oraz, że zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałem. Otrzymałem również zadawalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi. Jednocześnie dobrowolnie **wyrażam zgodę** na wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciwko ww. chorobie/chorobom.

Ponadto potwierdzam, iż zostałem poinformowany o zalecanych szczepieniach ochronnych przeciwko ..... (podać nazwę jednostki chorobowej). Uzyskane informacje zrozumiałem.

Oświadczam, że **wyrażam świadomą zgodę** na wykonanie zalecanego szczepienia ochronnego przeciwko ww. chorobie/chorobom.

.....  
Czytelny podpis  
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego\*

.....  
Czytelny podpis lekarza

\* *niepotrzebne skreślić*