Formulář: NESOUHLAS s poskytnutím zdravotních služeb – očkování proti onemocnění covid-19

Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení: Narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

Údaje poskytovatele zdravotních služeb

Název (firma):

Adresa zdravotnického zařízení:

Navrhovaná zdravotní služba: očkování proti **onemocnění covid-19**

Zákonný zástupce 1:

Jméno a příjmení: …….. S poskytnutím **nesouhlasím** *

Narozen dne:…….. podpis zákonného zástupce 1: ……..

Zákonný zástupce 2:

Jméno a příjmení: …….. S poskytnutím **nesouhlasím** *

Narozen dne:…….. podpis zákonného zástupce 2: ……..

Nezletilý pacient S poskytnutím **nesouhlasím**

podpis nezletilého pacienta:

……..

Za poskytovatele

Jméno a příjmení: …….. podpis lékaře: ……..

Na vědomí (odešlete doporučeně nebo do datové schránky)

Škola, kterou dítě navštěvuje: ……

Adresa školy: ……

Datum:

** V případě nesouladu názorů zákonných zástupců nelze dítě očkovat bez předchozího rozhodnutí soudu.*

Eldariel - Czech elves database