

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 na datové schránky)

Škola, kterou dítě navštěvuje:

Adresa školy:

Datum:

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