



GMINA ŁODYGOWICE

Gmina, w której warto mieszkać

Deklaracja uczestnictwa w Programie szczepień przeciwko grypie w 2018 r.

Ja

(imię i nazwisko, Pesel)

zam.

(adres zamieszkania)

telefon kontaktowy

wyrażam zgodę na udział w **Programie szczepień przeciwko grypie w Gminie Łodygowice w 2018 r.**, obejmującego wykonanie szczepienia szczepionką ochronną

VAXIGRIP TETRA (producent: Sanofi Pasteur S.A.)

przez wykwalifikowany personel medyczny.

Podmiot realizujący usługę: Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych „MEDYK” s.c.
ul. Kr. Jadwigi 5, 34-325 Łodygowice

Szczepienie zostanie poprzedzone badaniem lekarskim.

1. Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany o celu prowadzenia szczepienia.
2. Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany o możliwości rezygnacji z udziału w programie w każdym momencie jego realizacji, po złożeniu pisemnej rezygnacji z uczestnictwa.
3. Potwierdzam, iż zostałem/am poinformowany o możliwości uzyskania od lekarza prowadzącego szczepienia szczegółowych informacji o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia.
4. Potwierdzam, iż zostałem/am poinformowany, że w przypadku kiedy moja karta szczepień znajduje się w innym ośrodku zdrowia niż ten, w którym wykonywane są szczepienia, konieczne jest dostarczenie poprawnie wypełnionego zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonania szczepień stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej deklaracji.
5. Potwierdzam, iż zostałem/am poinformowany, że w przypadku nie dostarczenia zaświadczenia, o którym mowa w pkt 4, bądź kiedy zaświadczenie to będzie błędnie wypełnione lub niekompletne pomimo podpisanej deklaracji z Urzędem Gminy szczepienie nie zostanie wykonane.
6. Przyjmuję do wiadomości, iż szczepienie składa się z jednej dawki szczepionki.
7. Przyjmuję do wiadomości, iż ostateczną decyzję o możliwości wykonania szczepienia podejmuje lekarz zatrudniony w wyżej wymienionym ośrodku zdrowia.
8. Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na wykonanie u mnie szczepienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem tego programu.

Data i czytelny podpis Beneficjenta szczepienia

.....