

Szanowni Państwo

Prezentujemy formularz zgody (lub jej odmowy) na objęcie Waszej Córki programem szczepienia przeciwko wirusowi HPV wywołującego raka szyjki macicy. Szczegółowe informacje otrzymają Państwo na stronie www.powiatzary.pl lub pod numerem telefonu 68 479 06 25.

Zarząd Powiatu Żarskiego

Żary-październik/listopad 2008

FORMULARZ ZGODY NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO WIRUSOWI HPV

Imię i Nazwisko Pacjentki

Rok urodzenia Pacjentki

Imię i nazwisko Rodzica (Przedstawiciela Ustawowego).....

Miejsce stałego zamieszkania

Telefon, e-mail.....

Niniejszym oświadczam, że w dniu.....

zostałem/łam poinformowany/na przez.....

o zasadach, sposobie prowadzenia i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu lub o celowości, działaniu i ewentualnych następstwach podanej szczepionki.

Oświadczam, iż jako Rodzic (Przedstawiciel Ustawowy) miałem/łam możliwość zadawania pytań organizatorowi szczepienia i otrzymałem/łam na nie odpowiedzi.

► **Wyrażam zgodę na podanie szczepionki mojej córce.**

.....
data i czytelny podpis rodzica (przedstawiciela ustawowego)

► **Nie wyrażam zgody na szczepienie mojej córki
przeciwko wirusowi HPV wywołującemu raka szyjki macicy.**

.....
data i czytelny podpis rodzica (przedstawiciela ustawowego)