

## Nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče – očkováním

Já, níže podepsaný/á: .....

Bytem: .....

jako zákonný zástupce nezletilého/nezletilé:

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

### Prohlašuji následující:

- že jsem byl/a ze strany níže uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován/a o poskytnutí zdravotní péče – nepovinném/povinném očkování proti .....  
očkovací látkou .....
- byl/a jsem informován/a o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče
- byl/a jsem informován/a o možných důsledcích a rizicích, kdy jsem se seznámil/a s příbalovým letákem navržené očkovací látky
- mé dítě nemá žádné známé zdravotní či jiné obtíže, které by bránily provedení tohoto očkování – o těchto jsem byl/a taktéž informován/a
- byl/a jsem informován/a o případných alternativách
- bylo mi umožněno klást doplňující otázky

**Poučení jsem porozuměl/a, nemám již žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče nesouhlasím.**

Zároveň tímto prohlašuji, že mi k dnešnímu dni nebyl výkon rodičovské zodpovědnosti pozastaven, omezen, ani jsem nebyl/a výkonu rodičovské zodpovědnosti vůči svému/své synovi/dceři zbaven/a.

V ..... , dne .....

.....  
**Podpis zákonného zástupce**

Podpis zdravotnického pracovníka: .....