

INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MA OTRZYMAĆ SZCZEPIONKĘ Pfizer-BioNTech PRZECIWKO COVID-19

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

IMIĘ I NAZWISKO: _____

DATA URODZENIA: _____

WIEK: _____ STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA _____

ADRES: _____

MIEJSCOWOŚĆ: _____

KOD POCZTOWY: _____

NUMER TELEFONU _____ - _____ - _____

OPIEKUNA PRAWNEGO:

ZGODA NA SZCZEPIENIE OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ:

1. Jestem prawnie upoważniony(-a) do wyrażenia zgody na zaszczepienie dziecka wymienionego powyżej szczepionką Pfizer-BioNTech przeciwko COVID-19.
2. Zapoznałem(-am) się z informacjami na temat ryzyka i korzyści związanych ze szczepionką Pfizer-BioNTech przeciwko COVID-19.
3. Rozumiem, że nie muszę towarzyszyć dziecku wymienionemu powyżej na wizycie szczepiennej (ZALECA SIĘ OBECNOŚĆ OPIEKUNA PRAWNEGO) i że wyrażając poniższą zgodę, dziecko otrzyma szczepionkę firmy Pfizer-BioNTech przeciwko COVID-19 niezależnie od tego, czy będę obecny(-a) na wizycie szczepiennej, czy nie.
4. Jeśli nie towarzyszę dziecku wymienionemu powyżej na wizycie szczepiennej, dostarczę wypełniony kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby niepełnoletniej przeciw COVID-19 oraz upoważniam wychowawcę _____
_____ [imię i nazwisko] do sprawowania opieki nad moim dzieckiem w czasie badania kwalifikującego oraz szczepienia przeciwko COVID-19. Jednocześnie informuję o braku przeciwwskazań do szczepienia.

data

podpis opiekuna prawnego