

Warszawa, dnia,

Centrum Medyczne Platany
ul. Ryżowa 44
02-495 Warszawa

Imię i Nazwisko Pacjenta:.....

Pesel (w wypadku braku nr pesel- data urodzenia).....

Oświadczenie pacjenta o prawidłowym przechowywaniu (transportie) szczepionki i zgoda na podanie tej szczepionki.

Ja, niżej podpisany (a), oświadczam, iż szczepionka:

nazwa handlowa-

dawka-

numer serii-

data ważności-

miejsca zakupu (dane apteki)-

przechowywana była przeze mnie zgodnie z zaleceniami podmiotu odpowiedzialnego, oraz transportowana w opakowaniu termoizolacyjnym, otrzymanym w aptece.

Mając na względzie powyższe, wyrażam świadomą zgodę na podanie w/w produktu leczniczego.

Ponadto oświadczam, że lekarz poinformował mnie o możliwych następstwach podania szczepionki, która nie była przechowywana zgodnie z zaleceniami podmiotu odpowiedzialnego.

.....
(data i czytelny podpis lekarza/pielęgniarki
przyjmującego oświadczenie)

.....
(data i czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego)