

Z Á Z N A M

o poučení a informovaný súhlas pacienta očkovaním proti COVID-19

(podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov)

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA/PACIENTKY:

Meno a priezvisko pacienta:		
Bydlisko:		
Dátum narodenia:	Rodné číslo:	Zdravotná poisťovňa:

1. POUČENIE PACIENTA/PACIENTKY:

Rozhodli ste sa pre očkovanie proti ochoreniu COVID-19, ktoré sa bude realizovať očkovacou látkou Comirnaty (Pfizer/BioNtech). Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobú tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúca bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

Očkovacia látka Comirnaty sa podáva ako cyklus dvoch dávok. Druhú dávku sa odporúča podať tri týždne po prvej dávke. V prípade, ak osoba dostala prvú dávku Comirnaty, je potrebné, aby dokončila vakcinačný cyklus tiež dávkou Comirnaty. Očkovacia látka sa podá pomocou injekcie priamo do svalu ramena. S očkovaním sú spojené aj riziká, o ktorých Vás informoval lekár a ktoré sú uverejnené v Písomnej informácii pre používateľa. Tieto informácie sú k dispozícii v ambulancii všeobecného lekára a na stránke www.sukl.sk.

2. VYHLÁSENIE PACIENTA/PACIENTKY

Ja ako pacient svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a pred udelením informovaného súhlasu dostatočne poučený/á (*zrozumiteľne, bez nátlaku a v dostatočnom časovom predstihu*):

- o povahe navrhovaného diagnosticko-liečebného výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách,
- o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia,
- že som lekárovi poskytol/poskytla v Anamnestickom dotazníku všetky informácie o svojom zdravotnom stave, nezatajil/a som žiadne ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil/a, príp., ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované.

Novovzniknuté ťažkosti, príp. prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje pacienta (*uved'te, ak existujú*):

--

- Prehlasujem, že moje otázky ohľadne vakcinácie a prípadných rizikách, o ktorých som bol/a poučený/á, mi boli zo strany lekára uspokojujúcim spôsobom zodpovedané. Poučeniu, vysvetleniam a odpoveďami, ktoré mi lekár poskytol, som porozumel/a.

3. SÚHLAS PACIENTA/PACIENTKY

Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne. Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnosticko-liečebným výkonom: **S Ú H L A S Í M - N E S Ú H L A S Í M**

Pokiaľ by vyššie uvedený navrhovaný výkon očkovania nebolo možné z kapacitných dôvodov vykonať v ambulancii ARGO s.r.o. bezodkladne, vyhlasujem že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedený výkon v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní uvedeného výkonu v ambulancii ARGO s.r.o. trvám a som pripravený/á počkať až do termínu, na ktorý budem objednaný/á.

V Ošadnici, dňa, o hod.....

.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....
podpis pacienta/pacientky