

miejsowość, dnia.....

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie
ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów**

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY NA SZCZEPIENIE OCHRONNE OSOBY PEŁNOLETNIEJ

(Wniosek należy wypełnić wielkimi literami)

1) Część wspólna (wypełniają wszyscy):

- Potwierdzam, że zgodnie z art. 17 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zostałem poinformowany przez

.....

(imię i nazwisko lekarza)

o obowiązkowych* i zalecanych* szczepieniach ochronnych przeciwko:

.....

(nazwa jednostki chorobowej)

- Zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia oraz otrzymałem zadawalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania je zrozumiałem.
- Poinformowano mnie o możliwości wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego oraz o konieczności pozostania w poradni do pół godziny po zabiegu.
- Zostałem pouczone o możliwości wyboru i skorzystania z bezpłatnej szczepionki zakupionej przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
- **Dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie obowiązkowych szczepień ochronnych.**

.....

(czytelny podpis Pacjenta)

2) Część dodatkowa (wypełniają osoby dostarczające szczepionkę do punktu szczepień we własnym zakresie):

- Wyrażam zgodę na wykonanie szczepień ochronnych szczepionką przeze mnie dostarczoną o nazwie:

(podać nazwę szczepionki)

- Oświadczam, że była ona przechowywana i transportowana z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, tj, w warunkach gwarantujących jej skuteczne działanie,
- Zostałem pouczone o skutkach nieprawidłowego przechowywania i transportu szczepionki oraz zrozumiałem te informacje.
- Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za niepożądane działanie szczepionki lub jej nieskuteczność, wynikającą z nieprawidłowego przechowywania i transportu.

.....

(czytelny podpis Pacjenta)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie z siedzibą: 44-190 Knurów, ul. Niepodległości 8. Podane dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji świadczeń medycznych tj. w celu realizacji szczepień ochronnych, na podstawie Artykułu 9 ust. 2 lit. h RODO. Dane nie będą przekazywane do państw trzecich. Decyzje o ich przetwarzaniu nie są podejmowane w sposób zautomatyzowany.

Mają Państwo prawo wglądu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej- np. po okresie archiwizacji), ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w procesie przetwarzania danych mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych).

Dane kontaktowe:

- Inspektor Ochrony Danych Osobowych: iod@zozknurów.pl
- Administrator Danych Osobowych: sekretariat@zozknurów.pl

*niepotrzebne skreślić