Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego®
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Krakowie
os. Na Skarpie 66, 31 -913 Kraków
telefon 12 644 22 89 fax 12 644 47 56 NIP 678 26 80 028 REGON 000630161
kancelaria@zeromski-szpital.pl www.zeromski-szpital.pl

SZCZEPIENIE OCHRONNE PRZECIW COVID-19
PO CIĘŻKIM NIEPOŻĄDANYM ODCZYNIE POSZCZEPIENNYM

Pacjent(ka) …… nr PESEL ……..
przekazała informację o poważnym Niepożądanym Odczynie Poszczepiennym (dalej też jako „NOP") po szczepieniu preparatem……w dniu ……

Opis NOP:

……
……
……
……
……
……

Z powodu NOP w dniu …… zgłosiłam/em się do lekarza ……...w gabinecie/przychodni/szpitalu……,
gdzie zgłosiłam/em ciężki niepożądany odczyn poszczepienny po szczepieniu przeciw COVID-19 (opis NOP powyżej).

Wyrażam zgodę na szczepienie innym niż pierwsza dawka, niezgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej „CPL") preparatu …… podanego mi jako pierwsza dawka szczepionki. Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie CPL w/w preparatu, jako druga dawka powinna zostać podana szczepionka tego samego preparatu.

Mając na uwadze powyższe, wyrażam zgodę na szczepienie preparatem…….. innym, niż pierwsza dawka przyjętego przeze mnie szczepienia.
Oświadczam, że wyrażam zgodę na szczepienie w sposób dobrowolny, oświadczam że zostałem/am poinformowany/a w sposób szczegółowy i wyczerpujący na temat zastosowanej jako drugiej dawki szczepionki oraz o wskazaniach i przeciwwskazaniach do jej stosowania.

Podpis pacjenta (wyrażającego zgodę).	**Podpis lekarza (odbierającego zgodę).**
……..	……