

## POSKYTOVATEĽ ZS (vyplniť)

**Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov**

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť	Meno:	Priezvisko:
Rodné číslo / Zdravotná poisťovňa	Rod. č.:	Zdravotná poisťovňa:
Bydlisko (ulica, č. domu, mesto, PSČ)	Bydlisko:	PSČ:
Mobilné číslo / email (pre prípad potreby predvolania a COVID PASSu)	Mobil (nie pevná linka):	e-mail:

**Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:**

.....  
 .....

**Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:**

Podanie očkovej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) je mRNA - nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia. V prípade dodatočnej tretej dávky pre imunokompromitované osoby sa jedná o súčasť základnej očkovej schémy. Posilňovacia tretia dávka vakcíny je odporúčaná pre imunokompetentné osoby najskôr po 6 mesiacoch po podaní základnej očkovej schémy.

Dolu podpísaný/á.....

potvrďujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch pracoviska *Výjazdovej o kovacej služby Prešovského samosprávneho kraja*.

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Taktiež potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o možných kontraindikáciách v súvislosti s podaním vakcíny, ktorými sú precitlivosť na niektorú zložku vakcíny alebo akútne horúčkové ochorenie. Bližšie informácie o očkovej látke môžete nájsť v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné získať na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch pracoviska *Výjazdovej očkovej služby Prešovského samosprávneho kraja*.

**Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickým výkonom SÚHLASÍM - NESÚHLASÍM<sup>1</sup>.**  
 Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať v priestoroch *Výjazdovej očkovej služby Prešovského samosprávneho kraja* bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v týchto priestoroch trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V ..... dňa ..... čas .....

.....  
 podpis a otláčok pečiatky lekára

.....  
 podpis osoby, ktorej sa poskytuje  
 zdravotná starostlivosť

<sup>1</sup> nehodiace sa preškrtnúť