



O G Ł O S Z E N I E

Gmina Bełchatów zleciła realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie przeprowadzenia szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom dla młodzieży z terenu Gminy Bełchatów urodzonej w latach 1990 - 1995.

Szczepienia prowadzone będą w terminie
od 22.07.2009 do 31.10.2009 r.

Świadczenia zdrowotne będą realizowane w przychodni przez
NZOZ "MegaMed" Sp. Z O.O. ul. Antracytowa 1
od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 18.00.

Przed szczepieniem z każdym dzieckiem zostanie przeprowadzony wywiad i badania lekarskie kwalifikujące dane dziecko do zaaplikowania szczepienia ochronnego. Każde szczepienie zostanie udokumentowane medycznie i statystycznie. Chetnych prosimy o zgłaszanie się do rejestracji w przychodni NZOZ "MegaMed" ul. Antracytowa 1 od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 18.00. Przed szczepieniem należy złożyć oświadczenie świadomej zgody dotyczące szczepienia profilaktycznego
(oświadczenie znajduje się na drugiej stronie dokumentu).

**Oświadczenie świadomej zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego dotyczącego
przeprowadzenia szczepienia profilaktycznego przeciwko meningokokom.**

.....
Imię i nazwisko osoby szczepionej

.....
Data urodzenia

.....
PESEL

Miejsce zamieszkania.....

Rodzaj wykonywanego świadczenia:.....

Zgodnie z art. 19 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie świadczenia zdrowotnego mi/mojemu dziecku/ mojemu podopiecznemu w formie szczepienia przeciwko meningokokom. Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/a możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych (Dz. U. z 2002 r., Nr 241, poz. 2097 z późn. zm.).

Jednocześnie oświadczam, że moje dziecko:

- nie choruje na chorobę w której przeciwwskazane są szczepienia,
- nie bierze leków upośledzających odporność,
- w ciągu ostatnich 2 tygodni nie chorowało na chorobę infekcyjną,
- w ciągu ostatnich 6 tygodni nie przyjmowało innych szczepień.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis (rodzica/ opiekuna)