

**Załącznik Nr 1**

Dnia, .....

(pieczęć podmiotu udzielającego  
świadczenia zdrowotnego)

Imię i nazwisko pacjenta - .....

data urodzenia - .....

PESEL - .....

**Oświadczenie pacjenta o prawidłowym przechowywaniu (transporcie) szczepionki i  
zgoda na podanie tej szczepionki.**

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, iż szczepionka :

nazwa handlowa - .....

dawka - .....

numer serii - .....

data ważności - .....

data zakupu - .....

miejsce zakupu (dane apteki) - .....

przechowywana była przeze mnie zgodnie z zaleceniami podmiotu odpowiedzialnego,  
oraz transportowana w opakowaniu termoizolacyjnym, otrzymanym w aptece.

Mając na względzie powyższe, wyrażam świadomą zgodę na podanie w/w produktu  
leczniczego.

Ponadto, zaświadczam, iż lekarz poinformował mnie o możliwych następstwach  
podania szczepionki, która nie była przechowywana zgodnie z zaleceniami podmiotu  
odpowiedzialnego.

.....

(data i czytelny podpis lekarza  
albo pielęgniarki przyjmujących  
oświadczenie)

.....

(data i podpis czytelny pacjenta)