

**FORMULARZ ZGODY NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO
WIRUSOWI HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
(wypełnia przedstawiciel ustawy/opiekun)**

Imię i nazwisko dziecka.....

Imię i nazwisko Przedstawiciela Ustawowego/Opiekuna.....

pesel dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka:

Telefon do Przedstawiciela Ustawowego/opiekuna dziecka.....

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) małoletniego(imię i nazwisko małoletniego).

Niniejszym oświadczam, że jako przedstawiciel ustawy/opiekun faktyczny zostałem poinformowany o zasadach, celowości, działaniu i ewentualnych następstwach szczepienia, zapoznałem się z materiałami edukacyjnymi zamieszczonymi na www.aldemed.pl/szczepienia oraz że zostały mi przekazane wszelkie informacje w trakcie wizyty kwalifikacyjnej u lekarza i je zrozumiałem.

Wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego dziecka

przeciwko wirusowi HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, dwoma dawkami szczepionki Gardasil 9

Oświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka.

Data i podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie danych osobowych dziecka oraz moich podanych w formularzu przez Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o., al. Niepodległości 1, Zielona Góra w celu związanym z realizacją programu szczepień p/HPV.*

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o., al. Niepodległości 1, Zielona Góra o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.*

Podpis

**Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).*

KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA
Wypełnia Przedstawiciel Ustawowy/Opiekun dziecka:

Imię i nazwisko dziecka.....

Pesel dziecka.....

Czy kiedykolwiek po szczepieniu u dziecka występowały działania niepożądane?
Jeżeli tak to jakie?

..... TAK / NIE

Czy dziecko było szczepione wcześniej przeciwko rakowi szyjki macicy? TAK / NIE

Czy u dziecka obecnie występuje choroba przebiegająca z gorączką? TAK / NIE

Czy dziecko ma stwierdzone zaburzenia odporności i
czy zażywa leki obniżające odporność? TAK / NIE

Czy dziecko ma stwierdzone zaburzenia krzepnięcia krwi? TAK / NIE

Czy dziecko jest w ciąży lub czy są podejrzenia że może być? TAK / NIE

Czy u dziecka występują schorzenia przewlekłe? Jeżeli tak to jakie? TAK / NIE

.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna dziecka

Wypełnia personel ALDEMED Centrum Medyczne:

Uwagi lekarza.....

.....

.....

Podano szczepionkę Gardasil 9:

I DAWKA data podania.....podpis lekarza.....

nr serii szczepionki.....

II DAWKA data podania.....podpis lekarza.....

nr serii szczepionki.....