

Szczecin, .....

Imię i nazwisko: .....

PESEL pacjenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## ZGODA

na wykonanie kompletu szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 wykonywanych przez Centrum Medyczne EuroMedis w Szczecinie.

Ja niżej podpisany(a) .....

1. Oświadczam, iż posiadam wiedzę o zasadach wykonania, celowości, potencjalnym działaniu, oraz ewentualnych powikłaniach krótkotrwałych, dostępnych w ramach źródeł aktualnej informacji i wiedzy medycznej dotyczącej szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 (uwzględniając brak informacji o skutkach odległych podania preparatu).
2. Oświadczam, iż zapoznałam/-em się z charakterystyką produktu leczniczego (ChPL), powszechnie dostępną na temat preparatów.
3. Wyrażam dobrowolnie zgodę na zastosowanie u mnie proponowanego szczepienia.
4. Oświadczam także, że wszelkie podane przez mnie informacje co do stanu zdrowia są prawdziwe oraz, że nie zataiłem(łam) żadnych istotnych informacji o obecnym stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych lekach.

.....  
Podpis