

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim

.....
pieczęć świadczeniodawcy

ZAŚWIADCZENIE O SZCZEPIENIU PRZECIWKO PNEUMOKOKOM

Dane osoby szczepionej:

Imię		Nazwisko	
PESEL			
Adres			
Telefon			

Podmiot leczniczy sprawujący nad osobą szczepioną opiekę medyczną w ramach POZ:

Nazwa		Adres	
-------	--	-------	--

Dane dotyczące lekarskiego badania kwalifikacyjnego:

Data badania		Imię i nazwisko lekarza kwalifikującego	
<input type="checkbox"/>	nie stwierdzono przeciwwskazań do szczepienia przeciwko pneumokokom		
<input type="checkbox"/>	stwierdzono przeciwwskazania do szczepienia przeciwko pneumokokom		
Rodzaj przeciwwskazania			

.....
podpis i pieczęć lekarza

Dane dotyczące szczepienia

Wiek osoby szczepionej	Data szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki

.....
podpis i pieczęć wykonującego szczepienie

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016r. informacja o administratorze danych osobowych i inspektorze ochrony danych osobowych znajduje się u realizatora Programu.



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

Dofinansowano z budżetu
Samorządu Województwa
Kujawsko-Pomorskiego