

# 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