

Izjava Zdravnika o varnosti cepljenja

Spodaj podpisani/a _____ kot zdravnik/ca
_____ zaposlen na/pri _____
Z veljavnim dovoljenjem (licenco) za opravljanje zdravniškega poklica št. _____
Izdanega dne _____
s svojim podpisom, zagotavljam, da sem v popolnosti seznanjen z vsebino zdravila/cepiva in ga
tako po svoji strokovni oceni ter ob svoji polni zavesti v skladu z zdravniško etiko pod
Hipokratovo Zaprisego ocenjujem kot varnega in neoporečnega za pacientovo splošno
zdravstveno stanje.

Pacient _____
Roj. Dne _____ v _____
Stanujoč na naslovu _____

kaže simptome bolezni _____ za katero je po moji
strokovni oceni priporočljivo zdravljenje z zdravilom _____
oz. cepljenje s cepivom _____, od proizvajalca
_____, katerega uporabo oz. promet je odobrilo Ministrstvo za zdravje
z odločbo št. _____
za družbo _____ (imetnik dovoljenja za promet)

Kot lečeči zdravnik/ca Zagotavljam, da je zdravilo/cepivo, ki ga bo pacient prejel, namenjeno
izključno za preprečitev okužbe / lajšanju simptomov (obkroži)

(z/pri bolezeni/jo) _____

Pacientu zagotavljam, da zdravilo/cepivo ne vsebuje nobenih za telo strupenih snovi ali kako
drugače zdravju škodljivih substanc. Prav tako zdravilo/cepivo ne vsebuje nobenih substanc, ki
bi lahko vplivale na njegovo psihično stanje.

Glede na zdravstveno stanje pacienta in priporočljivega zdravila/cepiva s to izjavo pacienta tudi
opozarjam na morebitne stranske učinke, ki jih lahko povzroči tovrstno zdravljenje oz. preventivno
cepljenje:

Morebitni stranski učinki zgoraj omenjenega zdravila/cepiva vključujejo:

1. _____

faktor tveganja za pacienta 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10 (obkroži)

2. _____

faktor tveganja za pacienta 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

3. _____

faktor tveganja za pacienta 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

4. _____

faktor tveganja za pacienta 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

5. _____

faktor tveganja za pacienta 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

6. _____

faktor tveganja za pacienta 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

(morebitni dodatni stranski učinki in ocena tveganja priporočljivega zdravljenja oz. preventivnega cepljenja, po moji strokovni oceni in glede na pacientovo zdravstveno stanje so)

Pacient je s tem seznanjem z vsemi morebitnimi stranskimi učinki zdravljenja s tem zdravilom/cepivom in tako izključno nase prevzema vso odgovornost v primeru zapletov z njegovim zdravstvenim stanjem zaradi cepljenja z zgoraj omenjenim cepivom.

V primeru zdravstvenih zapletov zaradi meni neznanih substanc, ki bi jih zdravilo/cepivo lahko vsebovalo in ki zgoraj niso omenjeni kot morebitni stranski učinki zdravljenja/cepljenja pa kot lečeči zdravnik prevzemam vso moralno, kazensko in odškodninsko odgovornost. S čimer se zavežujem, da bom v tem primeru prevzel in osebno poravnal vse tako nastale stroške dodatno potrebnega zdravljenja, ki ga ne krije pacientovo zdravstveno zavarovanje.

V primeru trajne nezmožnosti opravljanja pacientovega dela s katerim se preživlja, ki bi nastala kot posledica zdravljenja/cepljenja z omenjenim zdravilom/cepivom iz razlogov morebitnih stranskih učinkov, ki NISO omenjeni zgoraj pa izjavljam, da bom do konca pacientovega življenja finančno skrbel za njegovo preživetje.

Zdravnik
Podpis _____ dne _____ v _____

Spodaj podpisani _____ izjavljam da sem v popolnosti seznanjen z vsebino te izjave in da jo ob svoji polni zavesti tudi razumem ter sem pripravljen sprejeti zdravnikovo odločitev glede zdravljenja/cepljenja. S tem mu tudi dovoljujem, da v moje telo vbrizga zgoraj omenjeno cepivo z namenom zdravljenja oz. se strinjam z pogoji zdravljenja iz preventivnih namenov.

Pacient
Podpis _____