

.....
(pieczęć świadczeniodawcy)

ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM SZCZEPIENIU

Dane dziecka:

Imię:		Nazwisko:	
PESEL:			

Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię:		Nazwisko:	
Adres: (miejscowość, kod pocztowy, ulica i nr)			
Telefon:			

Podmiot leczniczy sprawujący opiekę medyczną nad dzieckiem w ramach podstawowej opieki zdrowotnej:

Nazwa:		Adres:	
--------	--	--------	--

Lekarskie badanie kwalifikacyjne:

Data badania:		Imię i nazwisko lekarza kwalifikującego:	
<input type="checkbox"/>	stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym		
<input type="checkbox"/>	stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym		
Rodzaj przeciwwskazania:			

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Dane dotyczące szczepienia:

Data szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki

.....
(czytelny podpis wykonującego szczepienie)



WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE

„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci w oparciu
o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim”