

.....
(pieczęć świadczeniodawcy)

ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM SZCZEPIENIU

Dane szczepionego dziecka:

Imię:		Nazwisko:	
PESEL:			

Dane rodzica/opiekuna prawnego:

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

Podmiot leczniczy sprawujący nad dzieckiem opiekę medyczną w ramach POZ:

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

Dane dotyczące lekarskiego badania kwalifikacyjnego:

Data badania:		Imię i nazwisko lekarza kwalifikującego:	
☐ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym			
☐ stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym			
Rodzaj przeciwwskazania:			

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Dane dotyczące szczepienia:

Wiek dziecka (w miesiącach)	Data szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki

.....
(czytelny podpis wykonującego szczepienie)

