POSKYTOVATEĽ ZS : Nemocnica A. Leňa Humenné, a.s.. Nemocničná 7 ,066 01 Humenné  
  
**Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta** podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.  
  
**Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:**  
  
.................................................................................**rodné číslo:**.….……….……….…...….....  
  
**bydlisko** (ulica, čís. domu, miesto, PSČ):..........................................................................…....  
  
……………………………………………………………………………………………………………  
  
**mobilné tel. č. / e-mail** (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie):....................….......  
  
……………………………………………………………………………………………………………  
  
Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje  
  
....................................................................................................................................................  
  
....................................................................................................................................................  
  
**Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:**  
  
Podanie očkovacej látky je v jednej dávke. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina  
vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová  
RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie  
vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších  
mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.  
  
Dolu podpísaný/á ......................................................................................................................  
potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného  
diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných  
následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej  
informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch  
pracoviska ................................................................................................................................  
  
Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich  
odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou   
a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.  
  
Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi  
  
**súhlasím – nesúhlasím**.\* Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.  
  
  
V ......................................dňa .….…………..čas …...….

...............................................................  
  
 podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis osoby, ktorej sa poskytuje  
 zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)  
  
\* nehodiace preškrtnúť