**Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej | **Kwartalne sprawozdanie**  **z obowiązkowych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie**  **za okres**  **od ..................... do r.** | Adresat |
| Numer identyfikacyjny – REGON | **Sprawozdanie należy przekazać w terminie 7 dni po okresie sprawozdawczym** |

# Dział 1. Karty uodpornienia przechowywane przez składającego sprawozdanie

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok urodzenia pacjenta** | | **Liczba kart uodpornienia** | | | | | |
| **wg stanu**  **w ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozdawczego** | **w okresie sprawozdawczym** | | | | **wg stanu**  **w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego** |
| **założonych przez składającego sprawozdanie** | **otrzymanych od innych podmiotów** | **usuniętych z kartoteki z powodu zgonów,**  **emigracji** | **przekazanych innym podmiotom** |
| 0 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | **Razem** |  |  |  |  |  |  |

**Dział 2. Osoby uchylające się od obowiązku szczepień**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień**  **ochronnych, których imienny wykaz dołączono do sprawozdania** |  |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu ….…………………………………………………………………………...

.........................................................................................

(miejscowość i data) ................................................................

## (nadruk lub pieczątka osoby działającej

w imieniu sprawozdawcy zawierające co najmniej imię i nazwisko oraz jej podpis))