

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w
osoby nie realizującej obowiązkowych szczepień ochronnych

1. Dane osoby uchylającej się od wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych (dziecka):

Dane osobowe:

imię.....

nazwisko.....

nr PESEL.....

Adres zamieszkania:

miejscowość.....

ulica.....

nr domu.....

2. Dane opiekunów prawnych (dot. osoby małoletniej lub bezradnej niepoddawanej obowiązkowi szczepień):

Dane osobowe:

imię.....

nazwisko.....

nr PESEL.....

Adres zamieszkania:

miejscowość.....

ulica.....

nr domu.....

Dane osobowe:

imię.....

nazwisko.....

nr PESEL.....

Adres zamieszkania:

miejscowość.....

ulica.....

nr domu.....

3. Informacje ogólne:

a) Rodzaj szczepienia, które nie zostało wykonane u osoby uchylającej się od wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych:

.....
.....

b) Czy u osoby uchylającej się od wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych występują przeciwwskazania do wykonania ww. szczepień?

Tak

Nie

Rodzaj szczepień wobec których występują przeciwwskazania (w przypadku stwierdzenia przeciwwskazań).....

.....

c) Ostatnia wizyta osoby uchylającej się od wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych w przychodni (dokładna data tj. dzień, miesiąc, rok):

.....

d) Czy lekarz rodzinny poinformował osobę uchylającą się od wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych, albo w przypadku gdy osoba ta jest osobą małoletnią lub bezradną jej opiekuna prawnego o obowiązkowych i zalecanych szczepieniach ochronnych?

Tak

Nie

e) Ustalenia lekarza rodzinnego dot. przyczyn niewykonania obowiązkowych szczepień ochronnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

f) Czy odbyła się wizyta środowiskowa pielęgniarki w miejscu zamieszkania osoby uchylającej się od wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych?

Tak

Nie

g) Ustalenia pielęgniarki środowiskowej o przyczynach niewykonania obowiązkowych szczepień ochronnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza dokonującego zgłoszenie