………………………………………..

…………………………………………

 *Nazwa i adres podmiotu leczniczego*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dziecka**Imię Nazwisko **data urodzenia**  | Brakujące szczepienia obowiązkowe | **Dane rodziców/opiekunów prawnych**Imię i Nazwisko **PESEL**Adres zamieszkania z kodem pocztowym  | Data i forma ostatniego powiadomienia opiekunów o obowiązku szczepień przez lekarza | Imię i Nazwisko lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną | Przyczyna uchylania się od szczepień(odrębność kulturowa, religijna lub etniczna, wpływ środowisk propagujących tzw. „medycynę alternatywną”,wpływ ruchów antyszczepionkowych, wcześniej NOP u dziecka, inna przyczyna) |
| Matka | Ojciec |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 data sporządzenia *…………………………*  sporządził ………………………………………………………. zatwierdził ……………………………………… (pieczątka i podpis) (pieczątka i podpis)

UWAGA: Za osoby uchylające się od obowiązku szczepień ochronnych przyjmuje się te osoby, które nie wykonały obowiązku poddania się szczepieniom w terminach wezwań przez lekarza POZ (kontraktującego profilaktyczne świadczenie zdrowotne w ramach NFZ), nie przedstawiły zaświadczenia o wykonaniu szczepień spełniających kryteria dla wykonania tego obowiązku, u których nie stwierdzano przeciwwskazań stanowiących podstawę do odroczenia wykonania szczepienia

Terminy: Sprawozdanie należy sporządzić do 7 dnia po zakończeniu kwartału i przekazać państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu.