*miejscowość, data*

*pieczątka podmiotu leczniczego*

**Wykaz osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych za …………. kwartał …………………….. roku**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby uchylającej się od szczepień** | **Data urodzenia** | **Adres zamieszkania** | **Jednostka chorobowa przeciwko której nie wykonano szczepień  wraz z podaniem brakującej dawki szczepienia**  *(nie należy wpisywać nazwy handlowej szczepionki)* | **Rodzice dziecka/opiekunowie prawni** | | **Przyczyna uchylania się od szczepień\*** | **Podjęte działania  w stosunku do osób uchylających się**  **od szczepień\*\***  **wraz z datą podjęcia działań**  *(do wykazania minimum 3 wezwania* ***lub*** *data podpisania oświadczenia)* |
| imię i nazwisko,  nr PESEL  matki | imię i nazwisko,  nr PESEL  ojciec |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *1.* |
| *2.* |
| *3.* |

……………………..………………………………………………………

Pieczątka i czytelny podpis osoby składającej wykaz

w imieniu kierownika podmiotu leczniczego

\*odrębność kulturowa, etniczna, religijna /wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną/ wpływ ruchów antyszczepionkowych/ wcześniej NOP u osoby zobowiązanej/inna lub nieznana przyczyna

\*\* wezwania listowne/wezwania telefoniczne/wizyta pielęgniarka środowiskowej/podpisane oświadczenie o braku zgody na szczepienia ochronne