

WZÓR

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)

.....
(pieczęćka imienna i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)