

.....  
.....  
*Nazwa i adres podmiotu leczniczego*

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

data sporządzenia .....

sporządził .....  
(pieczętka i podpis)

zatwierdził .....  
(pieczętka 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.