………………………………………..

…………………………………………

*Nazwa i adres podmiotu leczniczego*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dziecka**  Imię Nazwisko  data urodzenia | **Brakujące**  dawki szczepienia obowiązkowe | **Dane rodziców/opiekunów prawnych**  Imię i Nazwisko  **PESEL**  **Adres zamieszkania** z kodem pocztowym | | **Data** i forma ostatniego powiadomienia opiekunów o obowiązku szczepień | **Przyczyna** uchylania się od szczepień  (odrębność kulturowa, religijna lub etniczna,  wpływ środowisk propagujących 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.