**Liptovská nemocnica s poliklinikou MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš**

ul. Palúčanská 25, 031 23 Liptovský Mikuláš, tel. : 044/5563111

Oddelenie / ambulancia **: Vakcinačné centrum**

**Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.**

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

........................................................................................................rodné číslo: .......................................

bydlisko (ulica, čís.domu, miesto, PSČ): ..…….....................................................................................…

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): ..................................................….......

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Očkovacia látka COVID-19 Vaccine Janssen sa podáva ako jednorázová dávka. Očkovacia látka (vakcína) obsahuje adenovírus typu 26 kódujúci „spike“ glykoproteín vírusu SARS-CoV-2. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

Dolu podpísaný/á ...............................................................................................................................

potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska - vakcinačné centrum LNsP.

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi súhlasím – nesúhlasím.\* Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na vakcinačnom centre LNsP bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na vakcinačnom centre LNsP trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V ...................dňa .….…………..čas …...….

..................................................................... ...........................................................

podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis osoby, ktorej sa poskytuje

 zdravotná starostlivosť

 (prípadne jej zákonného zástupcu)

\*nehodiace sa prečiarknite