

.....
(imię pacjenta)

.....
(nazwisko pacjenta)

.....
(miejsce zamieszkania)

ZGODA NA SZCZEPIENIE P/WZW TYP B

Wyrażam zgodę na szczepienie p/WZW szczepionką
.....zgodnie z kalendarzem szczepień
u chorych dializowanych.

Szczepienie obejmuje: 3 dawki w odstępach miesięcznych, 4 dawka pół roku
od pierwszego szczepienia, w przypadku niskiego miana przeciwciała –
dawka przypominająca.

Oświadczam, że zostałem(łam) poinformowany(na) o ewentualnym
niepożądanym działaniu szczepionki.

Miejscowość, data.....
(czytelny podpis pacjenta)