……………………………………………………

/miejscowość, data/

(Pieczątka podmiotu wykonującego
działalność leczniczą)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Grodzisku Mazowieckim
ul. Żwirki i Wigury 10
05-825 Grodzisk Mazowiecki**

**Formularz zgłoszenia osób uchylających się od obowiązku wykonania szczepień ochronnych**

Dane osoby podlegającej obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu:

Imię i nazwisko:

....................................................................................................................
Data urodzenia, PESEL:

........................................................................................................................
Adres zamieszkania:

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

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

Dane rodziców/opiekunów prawnych uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych\*:

MATKA/Opiekunka prawna
Imię i nazwisko, PESEL:

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

Adres zamieszkania:

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

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

Telefon kontaktowy:…………………………………………………………………………

OJCIEC/Opiekun prawny
Imię i nazwisko, PESEL:

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

Adres zamieszkania :

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

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

Telefon kontaktowy:…………………………………………………………………………

Brakujące szczepienia obowiązkowe: (jakie szczepienie, ile dawek; wskazujemy wyłącznie szczepienia możliwe do wykonania na dzień wypełnienia formularza, nie wskazujemy szczepień, wobec których wygasł obowiązek realizacji)

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

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

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

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

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

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

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

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

Przyczyny uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych: (zaznaczyć)
□ Odrębność kulturowa, religijna lub etniczna
□ Wpływ ruchów antyszczepionkowych
□ Wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną
□ Wcześniej NOP u osoby zobowiązanej
□ Inna przyczyna( opisać, jeśli wiadomo)
........................................................................................................................................

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

Działania podjęte przez placówkę w celu zmiany decyzji zobowiązanego (wymienić jakie):

………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Data ostatniego wezwania na szczepienie (data oraz rodzaj szczepienia):
........................................................................................................................................

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

Złożone oświadczenie świadomej odmowy szczepienia obowiązkowego z podpisami obojga rodziców/opiekunów: (zaznaczyć)
□ tak
□ nie

Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia : (stwierdza przeciwwskazania , lub nie stwierdza przeciwwskazań)
........................................................................................................................................

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

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

Data oraz rodzaj kolejnego wyznaczonego szczepienia

…………………………………………………………………………………………………..

Inne uwagi:
........................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Załączniki:
.....................................................

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

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

…………………………………….

(pieczątka i podpis lekarza)