………………………………………..

…………………………………………

*Nazwa i adres podmiotu leczniczego*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dziecka**  Imię Nazwisko  **data urodzenia**  **PESEL** | Adres miejsca zamieszkania | Rodzaj i liczba niewykonanych szczepień obowiązkowych wraz ze wskazaniem przyczyn niewykonania | **Dane rodziców/opiekunów prawnych**  Imię i Nazwisko **PESEL**  Adres miejsca zamieszkania (z kodem pocztowym) | | Imię i Nazwisko lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną |
| 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 30 dni od zakończenia kwartału i przekazać państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu.