

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim w 2019r.

Koordynator Programu: dr n. med. Krzysztof Gierlotka www.program.wsoz.pl
Polub nas na Facebooku, udostępnij www.facebook.com/program.wzw

.....
pieczęć świadczeniodawcy

Zaświadczenie o szczepieniu przeciwko pneumokokom

Dane osoby szczepionej:

Imię		Nazwisko	
PESEL			
Adres (miejscowość, kod pocztowy, ulica i nr)			
Telefon			

Podmiot leczniczy sprawujący nad osobą szczepioną opiekę medyczną w ramach POZ:

Nazwa		Adres	
-------	--	-------	--

Dane dotyczące lekarskiego badania kwalifikacyjnego:

Data badania		Imię i nazwisko lekarza kwalifikującego	
<input type="checkbox"/> stwierdzono <u>brak przeciwwskazań do szczepienia</u> przeciwko pneumokokom			
<input type="checkbox"/> stwierdzono <u>przeciwwskazania do szczepienia</u> przeciwko pneumokokom			
Rodzaj przeciwwskazania			

.....
podpis i pieczęć lekarza

Dane dotyczące szczepienia

Wiek osoby szczepionej	Data szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki

.....
podpis i pieczęć pielęgniarki wykonującej szczepienie

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016r. informacja o administratorze danych osobowych i inspektorze ochrony danych osobowych znajduje się u realizatora Programu.