

САГЛАСНОСТ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ПРЕПОРУЧЕНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ

Име и презиме
пацијента

Датум рођења

Број телефона

Адреса

Изјављујем да САМ САГЛАСАН/НИСАМ САГЛАСАН са спровођењем
(заокружити)

активне / пасивне имунизације _____ (уписати назив имунолошког лека)

Од стране лекара су ми објашњене предности и ризици спровођења активне/пасивне
имунизације наведеним имунолошким леком.Потпис пацијента
или законског заступника пацијента

Датум

ПОДАЦИ О ЛЕКАРУ

Име и презиме

Здравствена
установа

Број телефона

Потпис и факсимил лекара