САГЛАСНОСТ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ПРЕПОРУЧЕНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

(попуњава пацијент)

Држављанство:

Презиме: Peric | Име: Pera | Име родитеља: Veselin

Пол:Muski | Датум рођења:1999-01-01 | Mecro:Novi Sad Адреса (улица и број): Jevrejska5 | Mecro/Haceљe Novi Sad

Општина/Град Novi Sad| Тел. фиксни 021 123 456 Тел. мобилни 065 123 45 67| имејл email@gmail.com

Радни статус Zaposlen Занимање запосленог:

Корисник установе соц. зашт Zaposlen| Назив и општина седишта

Изјављујем да: ПРОЦИТАЈЈЈЈЈЈЈ

Лекар ми је објаснио предности и ризике од спровођења активне/пасивне имунизације навеленим имунолошким леком ПРОВЕРИ ПОТПИССССССС и датум

наведеним имунолошким леком ПРОВЕРИ ПОТПИССССССС

ЕВИДЕНЦИЈА О ВАКЦИНАЦИЈИ ПРОТИВ COVID-19

(попуњава здравствени радник) Здравствена установа Вакцинацијски пункт Име, презиме, факсимил и бр. телефона лекара: