

IZJAVA

(CRVENO IZBRISATI ILI ZAMIJENITI LINIJOM NA KOJU ĆE SE UPISIVATI PODACI, i nakon toga editirajte ovaj dokument)

Ja, (unijeti svoje ime), upoznat (ili upoznata) sam od strane liječnika (unijeti ime liječnika) u službi (unijeti naziv zdravstvene ustanove) o učincima cjepiva i nuspojavama koje cjepiva mogu izazvati.

Temeljem dobivenih informacija nisam suglasan (ili suglasna) sa cijepljenjem mog djeteta.

Ipak, moguće bih ponovno razmotrio (ili razmotrila) hoću li ili neću dati pristanak za cijepljenje mog djeteta pod slijedećim uvjetima:

1. Da (unijeti ime liječnika) u službi (unijeti naziv zdravstvene ustanove) a koji/koja će cijepiti moje dijete (unijeti ime djeteta) preuzme punu odgovornost, uključivo ali ne ograničavajući se na materijalnu i kaznenu odgovornost za sve nuspojave navedene uz cjepivo (unijeti naziv cjepiva) koje bi se mogle pojaviti bilo kada nakon cijepljenja mog djeteta (unijeti ime djeteta).

2. Da se u slučaju nastanka simptoma koji su jednaki nuspojavama navedenih za cjepivo (unijeti naziv cjepiva) kojim je liječnik/liječnica (unijeti ime liječnika) cijepio/cijepila moje dijete (unijeti ime djeteta), liječnik/liječnica (unijeti ime liječnika) odriče utvrđivanja uzroka nastanka svih tih nastalih simptoma i bezuvjetno prihvaća da su nastali simptomi upravo nuspojave nastale kao direktna posljedica cjepiva (unijeti naziv cjepiva) kojim je cijepio/cijepila moje dijete, te se odriče bilo kakvog izbjegavanja odgovornosti, uključivo ali ne ograničavajući se na primjenu članka 9. Pravilnika o farmakovigilanciji, NN br. 125/09.

Ova izjava dana je u 2 primjerka (od kojih jedan pripada meni) na uvid i potpis liječnicima u službi (unijeti naziv zdravstvene ustanove).

U (grad), datum 00. (mjesec) 20xx. godine

Potpis:

bez prejudiciranja, sva prava pridržana

Zaprimljeno od (unijeti naziv zdravstvene ustanove) datum 00. (mjesec) 20xx. godine

(mjesto za potpis i pečat zdravstvene ustanove - DOKAZ PRIMITKA)

Ja, (unijeti ime liječnika) **nisam suglasan/suglasna** s točkama 1. i 2. ove izjave.

Potpis:

Ja, (unijeti ime liječnika) **suglasan/suglasna sam** s točkama 1. i 2. ove izjave.

Potpis:
