**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWSKZAŃ DO SZCZEPIENIA PRZECIW COVID-19 dla**……………………………………………..
……………………………………………..
PESEL: ……………………………………

Po przeprowadzonym badaniu kwalifikacyjnym, które obejmowało ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

na podstawie wyników badań……………………………………………………………………………………………………………………….
przy uwzględnieniu przyjmowanych obecnie leków (wypisać wszystkie)……………………………………………………………..
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. na choroby (jeśli rozrusznik proszę napisać)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Mając na względzie powyższe, aktualny stan zdrowia, choroby oraz wiek pacjenta, dysponując wiedzą o trwających badaniach klinicznych szczepionki i jej nieprzewidzianych skutkach niepożądanych, w tym odległych**

**(z ulotki szczepionki Pfizer-BioNTech: „Lista ta może nie zawierać wszystkich możliwych działań ubocznych szczepionki Pfizer-BioNTech przeciw COVID-19. Mogą wystąpić poważne i nieprzewidziane działania uboczne. Badania kliniczne nad szczepionką Pfizer-BioNTech przeciw COVID-19 nadal trwają” (https://www.fda.gov/media/144622/download).)**

*KWALIFUKUJĘ* do odbycia zabiegu medycznego jakim jest szczepienie szczepionką COMIRNATY® (znana również jako BNT162b2), która to otrzymała warunkowe pozwolenie na dopuszczenie do obrotu od Komisji Europejskiej i *ZAŚWIADCZAM* o braku jakichkolwiek przeciwskazań i że zabieg ten w żaden sposób rażąco nie naraża pacjenta na utratę zdrowia lub życia w związku ze szczepieniem zaplanowanym w dniu 27.01.2021 o godzinie 20:00 w przychodni przy ulicy Kasprzaka w Poznaniu.

W przypadku wystąpienia NOP, zgodnie z art. 2 pkt. 16 ustawy dnia 5 grudnia 2008 oraz rozporządzeniem ministra zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych za związane czasowo ze szczepieniem uznaje się zaburzenia stanu zdrowia, które wystąpiły w okresie 4 tygodni po podaniu szczepionki, zgłoszę odczyn zgodnie z ZAŁĄCZNIKIEM Nr 2, KARTA ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO ODCZYNU POSZCZEPIENNEGO (NOP)\* i poświadczę związek przyczynowy że szczepieniem w celu możliwości ubiegania się o odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu.

……………………………………………………….
data, czytelny podpis lekarza oraz pieczęć