

Ja niżej podpisany (a) wyrażam zgodę na zastosowanie u mnie szczepienia p/COVID 19

.....tel.....

imię i nazwisko , pesel, adres zamieszkania

.....  
Nazywa zakładu pracy i nr NIP

.....  
Data i miejsce

.....  
Podpis pacjenta

Niniejszym oświadczam iż jestem:

- pracownikiem podmiotu leczniczego
- pensjonariuszem DPS-ów lub Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i innych miejsc stacjonarnego pobytu,
- osobą powyżej 60 roku życia (rocznikowo),
- osobą z chorobą przewlekłą, która zwiększa ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 (po przeszczepie, z nowotworem, dializowaną, w trakcie przewlekłej wentylacji mechanicznej)
- pracownikiem służby mundurowej (Policja, Straż Graniczna, straż Gminna i Miejska, Straż Pożarna, pracownicy TOPR oraz GOPR),
- nauczycielem lub opiekunką przedszkolną
- prokuratorem lub asesorem
- osobą w wieku poniżej 60 roku życia z chorobami przewlekłymi zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19, albo w trakcie diagnostyki i leczenia, wymagającego wielokrotnego lub ciągłego kontaktu z placówkami ochrony zdrowia (osoby bezpośrednio zapewniające funkcjonowanie podstawowej działalności państwa i narażone na zakażenie ze względu na częste kontakty społeczne (pracownicy sektora infrastruktury krytycznej, dostaw wody, gazu, prądu, usług teleinformatycznych) . Lista chorób przewlekłych została zarekomendowana przez Radę Medyczną i będzie mogła podlegać aktualizacji oraz priorytetyzacji wraz z pojawiającymi się nowymi dowodami naukowymi oraz informacjami instytucji oceniających i dopuszczających na rynek szczepionki przeciwko COVID19. Lista chorób współistniejących obejmuje: przewlekłe choroby nerek, deficyty neurologiczne (np. demencja), choroby płuc, choroby nowotworowe, cukrzycę, POChP, choroby naczyń mózgowych, nadciśnienie tętnicze, niedobory odporności, choroby układu sercowo-naczyniowego, przewlekłe choroby wątroby, otyłość, choroby związane z uzależnieniem od nikotyny, astmę oskrzelową, talasemię, mukowiscydozę, anemię sierpowatą. Pacjenci, u których występują ww. choroby, będą mogli zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z prośbą o wystawienie e-skierowania niezależnie od grupy wiekowej, w jakiej się znajdują)
- przedsiębiorcą lub pracownikiem sektorów zamkniętych na mocy rozporządzeń ws. ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (przedsiębiorcy i pracownicy sektorów zamkniętych na mocy rozporządzeń ws. ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. W ramach tego etapu szczepione będą osoby powyżej 18 roku życia, które nie mają żadnych schorzeń zwiększających ryzyko ciężkiego przebiegu i zgonu z powodu COVID-19 i nie należą do żadnej z powyższych grup)
- Nie należę do ww. grup**

.....  
Data i miejsce

.....  
Czytelny podpis pacjenta