

**IZJAVA**

**o prejemu cepiva proti covid-19 izven okvira dovoljenja za promet  
uporaba cepiva Nuvaxovid za poživitveni odmerek)**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Seznanjen/a sem, da:

- cepivo Nuvaxovid ni odobreno s strani EMA za uporabo za poživitveni odmerek in taka uporaba na željo pacienta velja kot uporaba cepiva izven okvira dovoljenja za promet ("off-label uporaba")

Izjavljam, da se uporaba cepiva izven okvira dovoljenja za promet opravi na mojo željo in s podpisom na tem obrazcu podajam soglasje za tako cepljenje ter sprejemam odgovornost za svojo odločitev.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis pacienta/-ke: \_\_\_\_\_