

Izjava o cepljenju proti okužbam s HPV
(se hrani v zdravstvenem kartonu)

Spodaj podpisani/a _____, zakoniti zastopnik/ca mladostnice/ka:

Ime in priimek _____, rojene/ga _____

SOGLAŠAM s cepljenjem

NE SOGLAŠAM s cepljenjem

(ustrezno obkrožite)

Datum: _____

Podpis zakonitega zastopnika: _____

V kolikor soglašate s cepljenjem svoje/ga mladostnice/ka proti HPV, vas prosimo, da odgovorite na naslednja vprašanja:

Ali je vaš/a mladostnik/ca trenutno zdrav/a (če ni, opišite težave)? DA NE _____

Ali jemljete kakšna zdravila? Katera? NE DA _____

Ali je imel/a kdaj hujšo alergijo na zdravila? Na katera? NE DA _____

Ali je imel/a kdaj hujšo reakcijo po cepljenju? Po katerem? NE DA _____

Ali nam želite še kaj sporočiti? NE DA _____

