

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

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 jemlje 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 _____
