Pieczęć przeprowadzającego szczepienie	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie

Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczę nad osobą objętą obowiązkowym szczepieniem ochronnym, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DZ. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.)

Nazwisko.....imię.....nr telefonu.....

Adres zamieszkania	**1.....** **2.....** **3.....**

INNE SZCZEPIENIA OCHRONNE

Typ szczepienia/szczepienie przeciw	Nazwa szczepionki	Miejsce podania szczepionki	Nr serii szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Podpis osoby wykonującej szczepienie

Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

Szczepienie przeciw	Data stwierdzenia	Data ustania	Rodzaj przeciwwskazania	Podpis lekarza kwalifikującego

Niepożądane odczyny poszczepienne

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce		Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce	
		Nazwa	Data szczepienia			Nazwa	Data szczepienia

Powiadomienie o szczepieniu