

ΘΑ ΚΑΝΩ ΕΜΒΟΛΙΑ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΟΥ ΑΝ ΜΟΥ ΥΠΟΓΡΑΨΕΤΕ ΑΥΤΟ.

Βεβαίωση Εμβολιασμών

Ιατρική Δήλωση Εμβολιασμού

Εγώ, ο υπογράφων ιατρός, δηλώνω υπεύθυνα και αμετάκλητα,

πως το εμβόλιο.....

της εταιρίας.....

για πρόληψη στην/στις (ασθένειες/ιούς/βακτηρίδια κ.λπ.).....

.....

εμπεριέχει αποκλειστικά τις ακόλουθες ουσίες:.....

.....

.....

και είναι καθαρό από οποιοσδήποτε άλλες προσμείξεις ή/και ακαθαρσίες.

Έχω δώσει σήμερα το εμβόλιο.....

στο/στη (ονοματεπώνυμο).....

ημερομηνία γέννησης:.....

διεύθυνση:.....

Δηλώνω υπεύθυνα πως ο/η αποδέκτης του εμβολίου ήταν υγιής, κάτι το οποίο έχω διαπιστώσει ως ιατρός με εξέταση του/της. Επιβεβαιώνω επίσης, πως πριν τη χορήγηση του εμβολίου, ο/η δέκτης δεν είχε συμπτώματα όπως κράμπες, νευρολογικές διαταραχές και αλλεργίες.

Δηλώνω υπεύθυνα πως το εμβόλιο που χορηγήθηκε είναι τελείως ακίνδυνο για την υγεία και ζωή του δέκτη και πως δε θα προκαλέσει άμεσες ή έμμεσες παρενέργειες, συμπτώματα, βλάβες και ασθένειες όπως παραλυσίες, εγκεφαλικές βλάβες, τύφλωση, φυματίωση, καρκίνο στο σημείο εμβολιασμού ή άλλο, βλάβες στα νεφρά, φλεγμονές στο ήπαρ, διαβήτη κ.λπ. με ή χωρίς κατάληξη σε θάνατο.

Δηλώνω και βεβαιώνω υπεύθυνα πως το εμβόλιο.....

θα αποτρέψει για τουλάχιστον έτη το δέκτη από την όποια ασθένεια για την οποία και έχει χορηγηθεί προληπτικά. Σε περίπτωση που παρά του εμβολιασμού η ασθένεια θα εμφανισθεί και εκδηλωθεί στο δέκτη, θα αναλάβω πλήρη ευθύνη ΧΩΡΙΣ να προηγηθούν μηνύσεις και δικαστικές διαμάχες και θα αναλάβω όλα τα έξοδα για την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του δέκτη και όποιας άλλης ζημιάς που μπορεί να έχει προκληθεί από αυτό. Θα αποζημιώσω επίσης το δέκτη και την οικογένειά του σε περίπτωση όπως περιστατικών ή/και μόνιμων βλαβών και συμπτωμάτων είτε ψυχικού είτε σωματικού είδους ΧΩΡΙΣ να πρέπει να μεσολαβήσουν πρώτα τα δικαστήρια.

Ο δέκτης και το/α υπεύθυνο/α μέλος/η της οικογένειάς του (ονοματεπώνυμο/α)

.....

.....

έχουν πλήρως και λεπτομερώς ενημερωθεί για τα συστατικά του εμβολίου και όλες τις πιθανές παρενέργειές του, βάσει των επίσημων πληροφοριών στο χαρτί 'ενδείξεις-αντενδείξεις' της εταιρίας.

.....

Τόπος Ημερομηνία

.....

ονοματεπώνυμο ιατρού σφραγίδα