Pieczec zakladajacego karte nr kontraktu	Pieczec zakladajacego karte nr kontraktu	Pieczec zakladajacego karte nr kontraktu	Pieczec zakladajacego karte nr kontraktu
od ..... do	od ..... do	od ..... do	od ..... do .....

Nazwisko i imie osoby, która sprawuje piecze prawna nad osoba objeta obowiazkowym 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 pózn. zm.)

Nazwisko ..... Imie .....

Nr telefonu

Adres zamieszkania

1 ..... (kod pocztowy / miejscowosc / ulica / nr domu / nr lokalu)

2 ..... (kod pocztowy / miejscowosc / ulica / nr domu / nr lokalu)

3 ..... (kod pocztowy / miejscowosc / ulica / nr domu / nr lokalu)

Inne szczepienia ochronne

Typ szczepienia/ szczepienie przeciw	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia oraz miejsce podania szczepionki	Podpis osoby wykonujacej szczepienie

Przeciwwskazania do szczepień ochronnych

Szczepienie przeciw	Data stwierdzenia	Data ustania	Rodzaj przeciwwskazania	Podpis lekarza kwalifikujacego

Niepożądane odczyny poszczepienne

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

Powiadomienie o szczepieniu

Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu