Niniejszym wnoszę o wyznaczenie terminu badania kwalifikacyjnego celem poddania mojego dziecka ……………………………………………………….... obowiązkowym szczepieniom ochronnym zgodnie z wezwaniem otrzymanym od Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w ………………………... pismem sygn. ………………………... z dnia ……………………......

Wnoszę o przeprowadzenie w/w badania kwalifikacyjnego zgodnie z obowiązującym prawem, a w szczególności wnoszę o:

1. umożliwienie mi na miejscu, w przychodni, zapoznania się z dokumentacją (Charakterystyka Produktu Leczniczego, dalej: ChPL) szczepionek, które mają być podane mojemu dziecku zgodnie z decyzją podjętą przez lekarza przeprowadzającego badanie kwalifikacyjne,
2. przedstawienie szczegółowego bilansu ryzyka wystąpienia powikłań w wyniku zabiegu szczepienia oraz ryzyka związanego z rezygnacją ze szczepień, celem weryfikacji, czy, a jeśli tak to na bazie jakich danych można stwierdzić, że ryzyko szczepienia mojego dziecka będzie mniejsze, niż ryzyko rezygnacji ze szczepień - na podstawie prawa do informacji przed zabiegiem medycznym wynikającego z art. 9.ust.2 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
3. wykluczenie u dziecka wszystkich wyszczególnionych przez producentów w dokumentacji szczepionek (ChPL) przeciwwskazań do ich podania - zgodnie art. 17 ust. 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (uzzz) oraz wyjaśnienie, w jaki sposób i na podstawie jakich danych lekarz dokonał wykluczenia każdego z tych przeciwwskazań,
4. w razie konieczności - skierowanie dziecka do konsultacji w poradni specjalistycznej w sposób zgodny z art. 17 ust. 5 uzzz, czyli jedynie w przypadku, gdy lekarz przeprowadzający badanie kwalifikacyjne stwierdzi podstawy do długotrwałego odroczenia od szczepień,
5. zakończenie badania kwalifikacyjnego wydaniem zaświadczenia wg wzoru z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych - zgodnie z art. 17 ust. 4 uzzz.
6. podpisanie przez lekarza wykonującego badanie kwalifikacyjne lub przez Kierownika Przychodni oświadczenia o następującej treści:



Jednocześnie oświadczam, że celem pozyskania niezbędnej dokumentacji dowodowej na potrzeby ewentualnego sporu prawnego z Państwową Inspekcją Sanitarną zmuszona będę rejestrować w całości przebieg badania kwalifikacyjnego oraz samego zabiegu szczepienia za pomocą urządzenia elektronicznego utrwalającego obraz i dźwięk lub tylko dźwięk.

…………………………………………………………………..  
*[miejscowość, data, podpis]*