

# Wezwanie do szczepień

data wezw.	data wezw.	data wezw.	data wezw.	data wezw.	data wezw.	data wezw.	data wezw.	data wezw.	data wezw.	data wezw.
------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

## KARTA UODPORNZENIA

pieczęć świadczeniodawcy	pieczęć świadczeniodawcy	pieczęć świadczeniodawcy	pieczęć świadczeniodawcy
nr kontraktu	nr kontraktu	nr kontraktu	nr kontraktu
od .....	od ..... do .....	od ..... do .....	od ..... do .....

### Dane personalne

nazwisko i imię PESEL lub odpowiedni nr dokumentu tożsa- mości u osób nie- posiadających nr PESEL	nazwisko		imię		data urodzenia	
	PESEL				dzień miesiąc rok	
nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego	nazwisko		imię			
adres zamieszkania	1.	kod pocztowy	miejsowość	ulica	nr domu	nr lokalu
	2.	kod pocztowy	miejsowość	ulica	nr domu	nr lokalu
	3.	kod pocztowy	miejsowość	ulica	nr domu	nr lokalu
	4.	kod pocztowy	miejsowość	ulica	nr domu	nr lokalu
	5.	kod pocztowy	miejsowość	ulica	nr domu	nr lokalu
tel. kontaktowy						

### Szczepienia przeciwko gruźlicy

dawka szczepienia	0	01	02	z innych wskazań określić wskazania
badania tuberkulinowe		blizna (tak) (nie)		
data badania				
podpis wykonującego				
wynik				
podpis odczytującego				
data szczepienia				
nazwa szczepionki, nr serii				
podpis lekarza kwalifikującego				
podpis wykonującego				

### Szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B

dawka szczepienia	szczepienie podstawowe - zakreślić wskazania			przypominające
	(niemowlę) (gimnazjalista) (inne)	(zalecane)	określić wskazania	
	1	2	3	
data szczepienia				
nazwa szczepionki, nr serii				
dawka - wielkość				
podpis lekarza kwalifikującego				
podpis wykonującego				

### Szczepienie przeciwko odrze, śwince i różyczce

dawka szczepienia	podstawowe (odra świnka różyczka)	przypominające (odra)	dziewczęta 13 r.z. (różyczka)	zalecane (odra)(świnka)(różyczka)
zakreślić rodzaj szczepionki	(odra)	(odra świnka różyczka)	(odra świnka różyczka)	(odra świnka różyczka)
data szczepienia				
nazwa szczepionki, nr serii				
podpis lekarza kwalifikującego				



