

ģimenes ārsta:.....
personas kods:.....
adrese:.....
tel:
e-pasts:

apliecinājums

pacientam:.....
personas kods:.....
adrese:.....
tel:
e-pasts:

Es,, apliecinu, ka uzņemos pilnu personīgu juridisku un materiālu atbildību par jebkādiem īstermiņa un ilgtermiņa veselības pasliktināšanās riskiem un nevēlamām blaknēm (ieskaitot nāvi) savam pacientam pēc manis ieteiktās un veiktās vakcīnas pret gripu un/vai Covid19 (pasvītrot veicamo vakcīnu). Apņēmos apmaksāt visus ar veselības pasliktināšanos saistītos ārstēšanas izdevumus.

Vakcīnas nosaukums:

Vakcīnācijas veikšanas datums un vieta:

Injekciju pacientam veica:

Apliecinājums parakstīts divos eksemplāros. Viens eksemplārs tiek atdots pacientam ,otrs glabājās pie ģimenes ārsta pacienta slimības vēsturē.

Ārsta paraksts:

Vārds/uzvārds:

Datums: