

## WNIOSEK PRACOWNIKA O WYKONANIE SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

Imię i nazwisko pracownika: .....

Stanowisko: .....

Oddział / komórka organizacyjna: .....

Telefon / e-mail: .....

Kraków, dnia .....

**Do: Dyrekcji Szpitala**

## WNIOSEK O WYKONANIE SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wykonanie szczepienia ochronnego:

### Rodzaj szczepienia:

☐ Odrze / śwince / różyczce (MMR)

☐ Oskie wietrznej (VZV)

☐ wzw t. B

☐ menACWY (meningokoki)

☐ MenB (meningokoki B)

☐ Tdap (tężec–błonica–krztusiec)

☐ WZW typu A

☐ Inne: .....

### Uzasadnienie wniosku:

☐ wykonywanie pracy na stanowisku o podwyższonym ryzyku zakażenia,

☐ decyzja / rekomendacja Ordynatora Oddziału,

☐ wynik oceny ryzyka stanowiskowego,

☐ wskazania epidemiologiczne,

☐ brak odporności potwierdzony badaniem,

☐ inne (wpisać): .....

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z informacją dotyczącą szczepienia i wyrażam zgodę na jego wykonanie.

### Podpis pracownika:

.....

## Decyzja przełożonego

### Wniosek:

- ☐ Zatwierdzony
- ☐ Odrzucony
- ☐ Wymaga uzupełnienia informacji

### Uwagi / uzasadnienie:

.....  
.....

Data: .....

Podpis i pieczęć: .....

## Informacja z Apteki Szpitalnej (do wypełnienia przez Aptekę)

Nazwa szczepionki: .....

Cena jednostkowa szczepionki (brutto): .....

Uwagi Apteki: .....

.....

## Decyzja Dyrekcji (dot. finansowania szczepienia)

### Decyzja Dyrekcji:

- ☐ Dofinansowanie przyznane
- ☐ Dofinansowanie nieprzyznane
- ☐ Wymagane dodatkowe informacje

### Uwagi Dyrekcji:

.....  
.....

Data: .....

Podpis i pieczęć Dyrekcji: .....