

Budapest Főváros XI. Kerület Újbuda Önkormányzata

Szociális ügyfélszolgálat:

1113 Budapest, Zsombolyai utca 4.

Telefon: 372 3450, telefax: 372 3496

Kérjük, ide ne írjon!

Ingyenes HPV fertőzés elleni védőoltás

iránti kérelem

A beoltandó személy

neve	születési helye	
születési neve	időpontja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap	
anyja neve	TAJ száma <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
telefonszáma	e-mail címe	
bejelentett lakóhelye <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Ha bejelentett lakóhelye nem XI. kerületi cím, akkor a munkáltató neve és címe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Ha a beoltandó 18. évét be nem töltött beoltandó személy esetében a szülő, törvényes képviselő	neve	bejelentett lakóhelye <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	telefonszáma	e-mail címe

A vakcinát beadó orvos együttműködési nyilatkozata

Az oltás beadását vállaló orvos neve	telefonszáma
	mobil telefonszáma
	e-mail címe
Vállalom, hogy a kérelemben feltüntetett beoltandó személyt <i>térítésmentesen – térítés ellenében*</i> a HPV fertőzés elleni oltássorozattal (Cervarix) beoltom. Az oltás beadásának orvosi, egészségügyi akadálya nincs. Budapest, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap	Orvosi pecsét, aláírás

Alulírott büntető jogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a beoltandó személy HPV elleni oltásban nem részesült. Az igényelt oltóanyagot saját felelősségemre, *saját részemre – 18. évét be nem töltött gyermekem részére** kívánom felhasználni. Az oltás beadásának egészségügyi akadálya nincs. Az oltóanyag beadásáról szóló orvosi igazolást kérelmemhez mellékelem. Az oltóanyag esetleges beadási költségének (legfeljebb 2000 Ft/oltás) megfizetését vállalom.

Budapest, év hó nap

Az igénylő, 18. évét be nem töltött igénylő esetében a törvényes képviselő aláírása

* A megfelelő szöveg aláhúzandó.