

PRILOGA
»PRILOGA



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

KOMISIJA ZA CEPLJENJE

PREDLOG ZA TRAJNO OPUSTITEV OBVEZNEGA CEPLJENJA

1. Podatki o osebi, za katero se predlaga trajna opustitev obveznega cepljenja:

Ime in priimek osebe: _____

Rojstni datum osebe: _____

Naslov stalnega/začasnega bivališča osebe: _____

2. Podatki o starših/skrbniku osebe, za katero se predlaga trajna opustitev obveznega cepljenja¹:

Ime in priimek starša: _____

Naslov stalnega/začasnega bivališča: _____

Ime in priimek starša: _____

Naslov stalnega/začasnega bivališča: _____

Ime in priimek skrbnika: _____

Naslov stalnega/začasnega bivališča: _____

Kontaktne podatke staršev/skrbnika:

Telefonska številka: _____

Elektronski naslov: _____

¹ Izpolniti tudi v primeru, če trajno opustitev obveznega cepljenja predlaga zdravnik, ki opravlja cepljenje.

3. Podatki o nalezljivi bolezni in cepivu:

(navedite nalezljivo bolezen, proti kateri naj se cepljenje trajno opusti)

(navedite lastniško ime cepiva, s katerim bi se oseba morala cepiti)

4. Razlogi za opustitev cepljenja:

Alergija na sestavine cepiva²:

(navedite, na katere sestavine cepiva je oseba alergična)

² Obvezna priloga je zdravstveni dokument (izvid zdravnika ustrezne specialnosti, odpustnica iz bolnišnice), iz katerega je razvidno, kakšno alergijo na sestavine cepiva ima oseba in kako je bila diagnosticirana.

Resen neželen učinek cepiva po predhodnem odmerku istega cepiva³:

(navedite kakšen neželen učinek je utrpela oseba, kdaj in po katerem cepivu)

³ Obvezna priloga je zdravstveni dokument (izvid zdravnika ustrezne specialnosti, odpustnica iz bolnišnice), iz katerega je razvidna zdravstvena obravnava resnega neželenega učinka.

Bolezen ali zdravstveno stanje, ki je nezdružljivo s cepljenjem⁴:

(označite, zaradi katere od spodaj navedenih bolezni ali zdravstvenega stanja predlagate trajno opustitev obveznega cepljenja)

- huda okvara imunosti – prirojena okvara imunosti, pridobljena okvara imunosti zaradi bolezni ali zdravljenja,
- napredujoče ali nestabilno nevrolško obolenje, napredujoča encefalopatija, neobvladani krči oziroma neobvladana epilepsija,
- trombocitopenična purpura,
- druga bolezen ali zdravstveno stanje, ki je nezdružljivo s cepljenjem (navedite bolezen oziroma zdravstveno stanje):
_____.

⁴ Obvezna priloga je zdravstveni dokument (izvid zdravnika ustrezne specialnosti, odpustnica iz bolnišnice), ki potrjuje navedeno bolezen oziroma zdravstveno stanje.

5. Predhodni cepilni status osebe:

6. Podatki o vlagatelju predloga za trajno opustitev obveznega cepljenja:

I) Če trajno opustitev obveznega cepljenja predlaga zdravnik, ki opravlja cepljenje:

Ime in priimek zdravnika, ki opravlja cepljenje: _____

Naziv in naslov zdravstvene ustanove, v kateri je zaposlen zdravnik, ki opravlja cepljenje:

Kontaktne podatke zdravnika, ki opravlja cepljenje:

Telefon: _____

E-naslov: _____

Podpis in žig zdravnika, ki opravlja cepljenje:

II) Če trajno opustitev obveznega cepljenja predlagajo starši/skrbnik osebe:

Podpis starša: _____

Podpis starša: _____

Podpis skrbnika: _____

Ime in priimek zdravnika, ki opravlja cepljenje:

Naziv in naslov zdravstvene ustanove, v kateri je zaposlen zdravnik, ki opravlja cepljenje:

Podpisani/a _____ (ime in priimek
starša/skrbnika/zakonitega zastopnika osebe) izjavljam/va, da v skladu z drugim odstavkom 22.c člena ZNB
☐ želim/va / ☐ ne želim/va opraviti razgovor/a pred Komisijo za cepljenje (ustrezno označiti).

III) Če trajno opustitev obveznega cepljenja predlaga oseba, ki se cepi:

Podpis osebe: _____

Ime in priimek zdravnika, ki opravlja cepljenje:

Naziv in naslov zdravstvene ustanove, v kateri je zaposlen zdravnik, ki opravlja cepljenje:

Podpisani/a _____ (ime in priimek) izjavljam, da v skladu z drugim odstavkom 22.c člena
ZNB ☐ želim / ☐ ne želim opraviti razgovor/a pred Komisijo za cepljenje (ustrezno označiti).

V _____

Dne _____ «.
