NASLOV PREDLAGATELJA

KRAJ IN DATUM

**MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE**

**KOMISIJA ZA CEPLJENJE**

**ŠTEFANOVA 5**

**1000 LJUBLJANA**

**PREDLOG ZA OPUSTITEV CEPLJENJA**

(kadar predlog vlaga zdravnik)

Spoštovani!

V skladu z Zakonom o nalezljivih boleznih (Ur. list št. 33/06), vam posredujem Predlog za opustitev cepljenja.

**Podatki o osebi, za katero se predlaga opustitev cepljenja:**

 Ime in priimek osebe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum rojstva:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Naslov stalnega/začasnega bivališča osebe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podatki o starših/skrbnikih osebe, za katero se predlaga opustitev cepljenja:**

Ime in priimek matere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov stalnega/začasnega bivališča: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek očeta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov stalnega/začasnega bivališča: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Opustitev cepljenja predlagam zaradi (obkrožite):**

* alergije na sestavine cepiva
* resnega neželenega učinka cepiva po predhodnem odmerku istega cepiva
* bolezni ali zdravstvenega stanja, ki je nezdružljivo s cepljenjem

Navedba nalezljive bolezni, za katero naj se cepljenje opusti:

Navedba lastniškega imena cepiva, s katerim bi se oseba morala cepiti:

Kratek opis zdravstvenega stanja osebe, za katero se pošilja predlog za opustitev cepljenja:

Predhodni cepilni status:

Strokovna utemeljitev in obrazložitev opustitve cepljenja (mnenje zdravnika):

Priloge: Žig Podpis zdravnika

- zdravstvena dokumentacija