



## Szczepienia przypominające

(Niniejszy dokument jest przeznaczony dla lekarza i pielęgniarki szkolnej)

Szanowna Pani, Szanowny Panie, Drodzy Rodzice,

Nasz oddział/ośrodek oferuje **bezpłatne** szczepienie uczniów, którzy nie mieli wykonanych szczepień właściwych dla ich wieku. Możliwe szczepienia przypominające dotyczą szczepienia przeciwko odrze, różyczce, śwince, szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi i poliomyelitis, szczepienia przeciwko zapaleniu opon mózgowych typu C, szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi oraz szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Wymienione szczepienia przypominające można będzie wykonać w trakcie roku szkolnego, ale wyłącznie **za zgodą rodziców** (podpisana zgoda). Z góry dziękuję za uważne wypełnienie poniższego dokumentu.

**NAZWISKO, imię ucznia:** .....

**Data urodzenia:** ..... / ..... / .....

**Szkoła:** .....

**Klasa:** .....

Tutaj należy umieścić **NAKLEJKĘ TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH Z NAZWISKIEM DZIECKA** lub wpisać **BELGIJSKI NUMER KRAJOWY:** \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ - \_ \_ \_ \_



**NALEŻY ZAŁĄCZYĆ KOPIĘ KARTY SZCZEPIEŃ PAŃSTWA DZIECKA LUB STRON DOTYCZĄCYCH SZCZEPIEŃ Z JEGO KSIĄŻECZKI ZDROWIA.**

### NALEŻY ZAKREŚLIĆ WYBRANE POLE

- Proszę szkolny zespół medyczny** o wykonanie szczepienia przypominającego / szczepień przypominających.
- Proszę lekarza prowadzącego** (ogólnego lub pediatrę) o uzupełnienie szczepień mojego dziecka.
- Nie życzę sobie**, aby moje dziecko zostało zaszczepione z następującego powodu: .....

W przypadku braku danych, upoważniam lekarza/pielęgniarkę szkolną do skontaktowania się z ONE lub lekarzem (ogólnym, pediatrą), który szczepił moje dziecko, w celu uzyskania informacji:

TAK  NIE

Dane kontaktowe ONE i/lub lekarza prowadzącego (nazwisko, adres, telefon), pod którymi można uzyskać informacje:

.....  
.....

**Numer telefonu rodziców:** ..... / .....

**Data:** ..... / ..... / .....

Więcej informacji na temat szczepienia można znaleźć na: [www.vaccination-info.be](http://www.vaccination-info.be)



### PODPIS(Y) RODZICA(-ÓW):



*Terminy szczepień wykonanych u Państwa dziecka w ramach programu szczepień Federacji Walonia-Bruksela, a także dane osobowe Państwa dziecka będą rejestrowane w banku danych dotyczących szczepień, chyba że nie wyrażą Państwo na to zgody. Celem ich rejestracji jest uniknięcie utraty danych dotyczących szczepień i umożliwienie innym lekarzom szczepiącym Państwa dziecko uzyskanie informacji, jakie szczepienia zostały już wykonane. Komisja ds. Życia Prywatnego udzieliła swojej zgody na sprawdzanie banku danych dotyczących szczepień.*

*W przypadku odmowy odnotowania szczepienia w banku danych, Państwa decyzja nie będzie miała wpływu na udzielaną opiekę medyczną.*

*Ponadto wszystkie dane osobowe i prywatne dotyczące Państwa dziecka są chronione tajemnicą zawodową (art. 458 kodeksu karnego), stosownymi pozycjami ustawy z dnia 30 lipca 2018 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych, ustawą z dnia 22 sierpnia 2002 r. w sprawie praw pacjenta, rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Mają Państwo prawo dostępu do, poprawiania i usuwania w dowolnym momencie danych dotyczących Państwa. Każdy wniosek dotyczący wykonania powyższych praw należy składać do ONE drogą mailową: [dpo@one.be](mailto:dpo@one.be) lub pocztą: DPO ONE, Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles*

*Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles*

*Więcej informacji na temat polityki prywatności i bezpieczeństwa danych dotyczących szczepień można znaleźć na:*

*<http://www.one.be/contacts/vie-privee/politique-de-confidentialite-des-donnees/>*

