

Čestné prohlášení¹

Já, níže podepsaný

datum narození

bytem

tímto prohlašuji, že:

I) Očkování není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění

očkování jsem absolvoval/a já, níže podepsaný/á

očkování absolvoval pojištěnec (jméno a příjmení dítěte, datum narození)

.....
jehož jsem zákonným zástupcem, opatrovníkem, pěstounem, osvojitelem, poručníkem²

proti (uvedte název infekčního onemocnění)

.....,
které není hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.,
o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění
pozdějších předpisů.

V dne

Podpis prohlašujícího

II) Očkování dítěte u jiného než registrujícího lékaře

Výše uvedený pojištěnec (dítě) absolvoval očkování proti výše uvedenému infekčnímu onemocnění
s vědomím registrujícího praktického lékaře:

jméno a příjmení praktického lékaře.....

adresa ordinace praktického lékaře

V dne

Podpis prohlašujícího

¹ Platné označte křížkem.

² Nehodící škrtněte.

Hrazenými službami jsou³

- 1) očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látky v provedení nejméně ekonomicky náročném
 - proti vzteklině,
 - proti tetanu při poraněních a nehojících se ranách,
 - proti tuberkulóze u pojištěnců, kteří splňují indikace k očkování stanovené právním předpisem upravujícím očkování proti infekčním nemocem, včetně tuberkulinového testu prováděného v případech, kdy je třeba očkovat dítě starší 6 týdnů; očkování se v takovém případě provádí jen tehdy, je-li tuberkulinový test negativní,
 - proti chřipce u pojištěnců nad 65 let věku, u pojištěnců po splenektomii nebo po transplantaci krvetvorných buněk, u pojištěnců, kteří trpí závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce a cév, nebo dýchacích cest, nebo ledvin nebo diabetem a u pojištěnců umístěných ve zdravotnických zařízeních poskytovatele dlouhodobé lůžkové péče nebo v domovech pro seniory, anebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem,
 - proti pneumokokovým infekcím, pokud byly všechny dávky očkovací látky aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce; hrazenou službou je dále i očkování provedené po uplynutí lhůt stanovených v tomto ustanovení, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek očkovacích látek z důvodu zdravotního stavu pojištěnce,
 - proti lidskému papilomaviru, je-li očkování zahájeno od dovršení třináctého do dovršení čtrnáctého roku věku,
 - proti invazivním meningokokovým infekcím způsobeným meningokokem skupiny B, je-li očkování zahájeno do dovršení šestého měsíce věku, a skupiny A, C, Y, W, je-li očkování provedeno jednou dávkou v druhém roce života,
 - proti invazivním meningokokovým infekcím, pneumokokovým infekcím, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem *Haemophilus influenzae* typ b a proti chřipce, a to u pojištěnců s porušenou nebo zaniklou funkcí sleziny (hyposplenismus nebo asplenie), pojištěnců po autologní nebo allogenní transplantaci kmenových hemopoetických buněk, pojištěnců se závažnými primárními nebo sekundárními imunodeficity, které vyžadují dispenzarizaci na specializovaném pracovišti, nebo u pojištěnců po prodělané invazivní meningokokové nebo invazivní pneumokokové infekci.
- 2) očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látky pro očkování pojištěnců nad 65 let věku proti pneumokokovým infekcím; hrazené očkovací látky schvaluje Ministerstvo zdravotnictví na základě doporučení Národní imunizační komise a zveřejňuje je formou sdělení ve Sbírce zákonů.

VZP ČR si vyhrazuje právo na provedení kontroly hrazené služby z v.z.p. oproti vyplacenému příspěvku z fondu prevence.

³ Bude vytištěno vždy společně s čestným prohlášením o očkování, které není hrazeno z v.z.p.

III) **Potvrzení o aplikaci očkovací látky⁴**

(není nutné vyplnit, pokud je očkování doloženo očkovacím průkazem, příp. dokladem vystaveným společně s nákupem vakcíny u lékaře s uvedením o provedené aplikaci)

Jméno, příjmení a datum narození pojištěnce

.....

Infekční onemocnění, proti kterému je pojištěnec očkovan:

.....

Název očkovací látky.....

Datum aplikace.....

V dne

.....
Razítko a podpis lékaře

IV) **Potvrzení o očkování nehrazeném zaměstnavatelem⁵**

Jméno, příjmení a datum narození pojištěnce

.....

tímto prohlašuji, že očkování proti spalničkám bylo učiněno z vlastní vůle a na toto očkování nebyla poskytnuta úhrada, ani částečná, zaměstnavatelem nebo jiným subjektem.

V dne

.....
Podpis prohlašujícího

⁴ Tisk tohoto potvrzení je nutný pouze v případě, že očkování není doloženo očkovacím průkazem, příp. dokladem vystaveným společně s nákupem vakcíny u lékaře s uvedením o provedené aplikaci.

⁵ Tisk tohoto potvrzení je nutný pouze v případě žádosti o očkování proti spalničkám.