

# Vaccinatie Veiligheidsclausule

Vul alstublieft deze clausule in en onderteken deze voordat het vaccin kan worden toegediend.

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Naam van verpleegkundige/zorgmanager/arts/medisch professional:

\_\_\_\_\_

Als praktiserend geneeskundige heeft u de 'Eed van Hippocrates' gezworen. Volgens deze afgelegde artseneed bent u verplicht de patiënt geen schade te doen. U zult hiermee de geneeskundige kennis van uzelf en anderen bevorderen. U heeft gezworen/beloofd dat u de geneeskunst zo goed als mogelijk zal uitoefenen ten dienste van uw medemens. U erkent de grenzen van uw mogelijkheden en u zal u open en toetsbaar opstellen. U kent uw verantwoordelijkheid voor de samenleving.

Vul de volgende vragen alstublieft in met Ja of Nee:

Ik, de toediener van het vaccin, heb de volledige lijst van ingrediënten gelezen Ja | Nee

Ik heb alle ingrediënten in het vaccin bestudeerd en kan zeggen dat deze volkomen veilig zijn om toe te dienen : Ja | Nee

Ik begrijp alle ingrediënten in het vaccin en alle mogelijke bijwerkingen: Ja | Nee

Ik begrijp dat het vaccin foetale cellijnen bevatten zoals, MRC-5/ WI-38/Hek-293/Per.C6 of andere vormen van DNA. Ja | Nee

Ik begrijp dat er een mogelijkheid bestaat op een latrogene reactie (bijwerking van meerdere verbindingen of geneesmiddelen die een wisselwerking met elkaar aangaan) op het vaccin. Ja | Nee

Ik kan bij deze ook aantonen dat ik gekwalificeerd en geschoold ben in chemie om de chemische reacties die ontstaan als resultaat van de combinaties van de ingrediënten in het vaccin te begrijpen. Ja | Nee

Ik, de toediener van het vaccin wordt professioneel of persoonlijk verantwoordelijk gehouden voor enige medische complicaties die voortvloeien uit de toediening van dit vaccin. Ja | Nee

Als het antwoord Nee is op een van de bovenstaande zaken, dan zijn we in overeenstemming dat vanwege de Eed van Hippocrates en uw zorgplicht, de ouder / verzorger van het kind het recht heeft om het vaccin te weigeren.

In het geval van (patiënt naam) \_\_\_\_\_ Leeftijd \_\_\_\_\_

Naam ouders (bij kinderen onder de 18 jaar) \_\_\_\_\_

Getekend \_\_\_\_\_

Praktijk / Ziekenhuis \_\_\_\_\_