



**Postup pre zabezpečenie očkovania III. dávkou
vakcíny proti ochoreniu COVID-19 -
poskytovatelia sociálnych služieb, subjekty
sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej
kuratery a ďalšie subjekty, ktorých výkon súvisí
s poskytovaním sociálnych služieb a výkonom
opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a
sociálnej kuratery, formou skupinového
očkovania**

Verzia účinná od **21.10.2021**

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky v spolupráci s Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky, v súlade s vyhláškou Ministerstva zdravotníctva, vydáva tento postup pre očkovanie treťou dávkou vakcíny proti COVID-19, formou skupinového očkovania prostredníctvom výjazdovej očkovacej služby (ďalej len „VOS“)

- 1. Zamestnanci a klienti pobytových, ambulantných, terénnych sociálnych služieb (ďalej len „zamestnanci a klienti sociálnych služieb“) a CDR sa môžu očkovať skupinovo prostredníctvom výjazdovej očkovacej služby (VOS).**

Základné informácie pre očkovanie III. dávkou vakcíny proti „COVID-19“

- a) Očkovanie zamestnancov a klientov sociálnych služieb a CDR sa bude realizovať prostredníctvom poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (ďalej len „PZS“), určených Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“).
- b) Očkovanie tretej dávky bude v prvej fáze možné pre osoby očkované dvoma dávkami vakcín Comirnaty od Pfizer/BioNTech, Spikevax (pôvodne COVID-19 Vaccine Moderna), Vaxzevria (pôvodne COVID-19 Vaccine AstraZeneca), alebo Sputnik V, spĺňajúce nasledovné podmienky:
- A. Klientov a zamestnancov sociálnych služieb a CDR, ktorým uplynulo najmenej šesť mesiacov od podania druhej dávky vakcíny proti COVID-19. Overenie tejto podmienky bude realizovať MZ SR v spolupráci s Národným centrom zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“) na základe doručených zoznamov klientov a zamestnancov ZSS, ktoré zašle MPSVR SR.
- B. Imunokompromitovaných klientov a zamestnancov sociálnych služieb a CDR, ktorým uplynulo najmenej štyri týždne od podania druhej dávky vakcíny proti COVID-19 a ktorí sa môžu preukázať SMS od NCZI.
- c) Očkovacou látkou pre aplikáciu tretej dávky bude:
- A. Pre osoby očkované druhou dávkou vakcínou Comirnaty od Pfizer/BioNTech, Vaxzevria (pôvodne COVID-19 Vaccine AstraZeneca), Sputnik V vakcína Comirnaty od Pfizer/BioNTech.
- B. Pre osoby očkované druhou dávkou vakcínou Spikevax (pôvodne COVID-19 Vaccine Moderna) vakcína Spikevax (pôvodne COVID-19 Vaccine Moderna).
- d) Podmienkou realizácie očkovania zamestnancov a klientov sociálnych služieb a CDR prostredníctvom VOS je minimálny počet očkovaných 5 osôb.
- e) V prípade nízkokapacitných zariadení je možné, aby sa pre naplnenie kapacity spájali viacerí poskytovatelia vo svojej blízkosti a krátkej mobilnej dostupnosti (napr. v rovnakej obci, mestskej časti a pod.). Tento spôsob si musia zariadenia individuálne dohodnúť s operačným strediskom Koordinačného centra pre očkovanie (ďalej len „KCO“).
- f) Zamestnanci a klienti ambulantných a terénnych sociálnych služieb sa môžu nahlásiť na očkovanie v zariadení sociálnych služieb vo svojej blízkosti a krátkej mobilnej dostupnosti (napr. v rovnakej obci, mestskej časti a pod.)
- 2. Proces nahlasovania požiadavky na zabezpečenie skupinového očkovania tretej dávky proti COVID-19 prostredníctvom VOS**
- Štatutárny zástupca alebo ním poverená osoba zistí/overí záujem zamestnancov a klientov

o očkovanie. **Minimálny počet záujemcov o očkovanie potrebných na zaevidovanie požiadavky je 5 osôb** (oprávnené osoby sú len klienti pobytových, terénnych alebo ambulantných sociálnych služieb a zamestnanci pobytových, terénnych a ambulantných sociálnych služieb a zamestnanci CDR).

- Štatutárny zástupca alebo ním poverená osoba určí zamestnanca zodpovedného za priebeh očkovania, ktorá je prítomná/dostupná počas očkovania v zariadení, zabezpečuje potrebnú súčinnosť VOS a dohliada na priebeh očkovania.
- Štatutár zariadenia alebo poverená osoba zariadenia kontaktuje zamestnancov krízového manažmentu a bezpečnosti MPSVR SR na e-mailovú adresu: vakcinacia@employment.gov.sk, t. č. +421 917 624 815 alebo +421 917 375 399 s požiadavkou na vykonanie očkovania zaslaním **Zoznamu klientov a zamestnancov poskytovateľa sociálnych služieb na očkovanie tret'ou dávkou (príloha č. 2)**.
- **Požiadavka musí byť zaslaná na MPSVR SR v predpísanej elektronickej/editovateľnej forme(nie PDF)**.
- Zodpovedná osoba MPSVR SR overí oprávnenosť požiadavky.
- Ak sú správne vyplnené všetky požadované údaje, MPSVR SR prepošle požiadavku MZ SR, ktoré zaradí požiadavku do zoznamu oprávnených požiadaviek na vykonanie vakcinácie.
- Následne MPSVR SR zverejní zoznam záujemcov o vykonanie očkovania na svojej internetovej stránke.
- Komunikácia ohľadom realizácie vakcinácie je v réžii PZS, určeného MZ SR. PZS bude komunikovať priamo s poskytovateľom sociálnych služieb najmenej 24 hodín vopred za účelom dohodnutia termínu, materiálo-technických podmienok vakcinácie, prípadných zmien v zozname klientov a zamestnancov zariadenia, plánovaných na očkovanie (zoznam pre PZS doručí MZ SR).
- PZS po zrealizovaní vakcinácie zašle MZ SR evidenčný protokol, ktorý bude podpísaný zástupcom PZS a zodpovednou osobou ZSS.
- Štatutárny zástupca poskytovateľa sociálnych služieb zašle po vykonaní očkovania zamestnancom krízového manažmentu a bezpečnosti MPSVR SR na e-mailovú adresu: vakcinacia@employment.gov.sk **HLÁSENIE O VYKONANÍ OČKOVANIA (príloha č. 4)**.
- Parametre výjazdu nie je možné meniť, pri zmene je potrebné výjazd zrušiť (príloha č. 3) a následne zaslať požiadavku na vykonanie očkovania znova.
- Štatutár alebo štatutárom poverená osoba je zodpovedná za informovanie zamestnancov a klientov o priebehu očkovania, ako aj za plynulé časové naplánovanie priebehu očkovania.
- Poskytovateľ sociálnych služieb zabezpečí dopredu vyplnenie anamnestického dotazníka (časti kontraindikácie) pre klientov a zamestnancov.
- V prípade, že klient nevie odpovedať na otázky v anamnestickom dotazníku (**požadované dokumenty pre administráciu očkovania**), poskytovateľ sociálnych služieb je zodpovedný za včasné kontaktovanie všeobecného lekára klienta a zabezpečenie vyjadrenia všeobecného lekára k očkovaniu klienta najneskôr 24 hodín pred očkovaním. Požadované dokumenty musia byť v tomto prípade dostatočne včas vyplnené, aby nebol narušený plynulý priebeh očkovania; ak nie je zabezpečené vyjadrenie všeobecného lekára k

očkovaníu klienta, nie je možné vykonať očkovaníe klienta. Ak má klient pochybnosti o svojej vhodnosti na očkovaníe, obrátí sa na svojho ošetrujúceho lekára.

- V prípade, že klient nie je plne spôsobilý na právne úkony, poskytovateľ sociálnych služieb zabezpečí podpis opatrovníka jednať v mene klienta na požadovaných dokumentoch pre administráciu vakcinácie. Požadované dokumenty musia byť v tomto prípade dostatočne včas vyplnené, aby nebol narušený plynulý priebeh očkovaníe; ak nie je zabezpečený súhlas opatrovníka klienta, nie je možné vykonať očkovaníe klienta.
- Po vykonaní očkovaníe poverená zodpovedná osoba ZSS overí vykonaníe očkovaníe v zariadení na evidenčnom protokole VOS svojím podpisom. Prílohou protokolu je aj zoznam očkovaných osôb.

3. Podaníe vakcíny

- Pri podaní vakcíny sa PZS riadi údajmi uvedenými v Súhrne charakteristických vlastností lieku (SPC) pre jednotlivé typy vakcín.

4. Priebeh vakcinácie

- Klient/zamestnanec poskytovateľa sociálnych služieb vyplní a podpíše dotazník o svojom zdravotnom stave (anamnestický dotazník je priložený ako samostatný dokument). Pre zabezpečenie plynulého priebehu očkovaníe odporúčame, aby všetky požadované dokumenty boli vyplnené vopred (z hľadiska korektného záznamu o aktuálnom zdravotnom stave osoby odporúčame vyplniť anamnestický dotazník **najskôr 24 hodín** pred plánovaným vykonaním očkovaníe).
- Lekár PZS vykoná vyšetrenie formou kontroly a podpisu anamnestického dotazníka, vyplneného klientom/zamestnancom. Lekár oboznámi klienta/zamestnanca s vykonaním vakcinácie, nutnosťou 15 minútového čakania po vakcinácii a súčasne s možným výskytom nežiadúcich účinkov – bolestivosť, začervenanie v mieste vpichu a eventuálne celkové prejavy: zvýšená teplota, myalgie.
- Klient/zamestnanec podpíše informovaný súhlas s očkovaním, obdrží Písomnú informáciu pre používateľa a po podaní látky dostane Potvrdenie o podaní očkovacej látky.
- Po podaní očkovacej látky zostáva klient/zamestnanec vo vyhradených priestoroch alebo na svojom lôžku 15 minút a jeho stav je kontrolovaný zdravotníckym pracovníkom.
- Podaníe očkovacej látky sa eviduje v určenom informačnom systéme (v prípade, že to nie je možné, eviduje sa osobitne elektronicky alebo papierovo a nahrá sa do systému najneskôr nasledujúci deň po dátume očkovaníe).
- V očkovacom priestore pracuje vždy najmenej jeden zdravotnícky pracovník, pre plynulé zabezpečenie očkovaníe odporúčame dvoch zdravotníckych pracovníkov - jeden vykonáva rozhovor (anamnézu) klienta/zamestnanca so zameraním na kontraindikácie a podáva vakcínu, druhý ju môže pripravovať v čase anamnestického rozhovoru.
- Administratívny člen VOS je zodpovedný za evidenciu očkovaných.
- V prípade nežiadúcich účinkov je ich nutné hlásiť Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv (ŠUKL) (príloha č.1).

Príloha č.1

Hlásenie nežiaducich účinkov

Nežiaduci účinok lieku (NÚL) je každá reakcia na liek, ktorá je škodlivá a nechcená. Môže vzniknúť pri použití lieku v súlade s jeho indikáciami, kontraindikáciami a dávkovaním alebo aj mimo schváleného spôsobu použitia. NÚL môže vzniknúť tiež pri pracovnej expozícii lieku, napr. u osoby, ktorá s liekom manipuluje (zdravotná sestra, ošetrovateľ, farmaceut). Potrebné je hlásiť aj predávkovanie, nesprávne použitie, zneužitie lieku a chyby v liečbe, ktoré majú súvis s NÚL taktiež použitie lieku po určenom čase expirácie. O nežiaducom účinku môžeme hovoriť vtedy, keď kauzálny vzťah medzi liekom a vzniknutou reakciou je aspoň na úrovni zdôvodniteľnej možnosti.

Štátny ústav pre kontrolu liečiv zbiera hlásenia na nežiaduce účinky liekov vrátane vakcín od zdravotníckych pracovníkov a pacientov na Slovensku, spracováva ich, vyhodnocuje ich súvislosť s liečbou a následne zasiela do Európskej databázy hlásení podozrení na nežiaduce účinky liekov – EudraVigilance.

Hlásenie akéhokoľvek podozrenia na nežiaduce účinky môžete vykonať jedným z nasledujúcich spôsobov:

vyplniť
elektronický
webový formulár

vyplniť tlačivo
zaslať
e-mailom na
neziaduce.ucinky
@sukl.sk

vyplniť tlačivo
zaslať poštou na
adresu
Štátny ústav pre
kontrolu liečiv
Kvetná 11
825 08 Bratislava

telefonicky
+421 2 507 01 206

**Pokyny k
vyplneniu:**

**TLAČIVA hlásenia podozrenia na nežiaduce účinky liekov
nájdete [tu](#).ELEKTRONICKÉHO WEBOVÉHO FORMULÁRU
nájdete [tu](#).**

V prípade hlásenia podozrenia na nežiaduce účinky v súvislosti s očkovaním prosíme:

lekárov, ktorí očkovanie uskutočnili alebo im boli nahlásené podozrenia na nežiaduce účinky v súvislosti s očkovaním, vyplniť tlačivo [Hlásenie nezvyčajných reakcií v súvislosti s očkovaním](#) (podľa Vyhlášky MZ SR č. 585/2008 Z. z.) alebo použiť [elektronický webový formulár](#),

iných zdravotníckych pracovníkov a nezdravotníckych pracovníkov (**pacientov**, ich **rodinných príslušníkov**), prosíme, použiť [elektronický webový formulár](#), vyplniť tlačivo alebo nahlásiť podozrenie na NÚL telefonicky.

Dôležité informácie:

Pri hlásení podozrení na nežiaduce/vedľajšie účinky liekov je potrebné uviesť nasledujúce informácie týkajúce sa:

pacienta: iniciály, pohlavie, dátum narodenia alebo vek,

podávaného podozrivého lieku: názov lieku, šarža, sila lieku, dávkovanie, časové ohraničenie užívania, indikácia,

vzniknutej **nežiaducej reakcie**: závažnosť, kedy reakcia vznikla/odznela alebo či pretrváva, identifikácie **odosielateľa hlásenia**: kvalifikácia, meno a kontakt (email/telefón) v prípade potreby doplnenia bližších informácií.

Pri nahlasovaní podozrení na nežiaduce účinky je vhodné uviesť, pokiaľ je to možné, aj bližšie informácie o anamnéze pacienta, súbežne užívaných liekoch a doplňujúce informácie ako napr. gravidita pacientky, aby hlásenie bolo čo najpresnejšie a obsahovalo, čo najpodrobnejšie informácie.

ŠÚKL spracováva a uchováva osobné údaje (meno a kontakt) na základe povinnosti uvedenej v Zákone č. 362/2011 Z. z. a nie sú poskytované iným subjektom.

https://www.sukl.sk/hlavna-stranka/slovenska-verzia/bezpecnost-liekov/hlasenie-o-neziaducich-ucinkoch?page_id=536

Viac informácií o vakcínach a spôsobe hlásenia nežiadúcich účinkov v súvislosti s očkovaním:

www.sukl.sk

[Význam hlásenia nežiaducich účinkov liekov](#)

[Vedeli ste, že môžete sami nahlásiť vedľajšie účinky?](#)

[Informácia o postupoch po prijatí hlásenia podozrenia na nežiaduci účinok Čo znamená označenie obráteného čierneho trojuholníka?](#)

[Databanka nežiaducich účinkov liekov](#)

Nasledovné prílohy sa nachádzajú v samostatných súboroch formátu MS Excel a Word

Príloha č. 2

ZOZNAM KLIENTOV A ZAMESTNANCOV POSKYTOVATEĽA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB NA OČKOVANIE TREŤOU DÁVKOU

Príloha č. 3

HLÁSENIE O NEVYKONANÍ OČKOVANIA

Príloha č. 4

HLÁSENIE O VYKONANÍ OČKOVANIA

Príloha č. 5

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Príloha č. 6


DOKLAD O ZAOČKOVANÍ PRE PACIENTA PROTI COVID-19 – 3. DÁVKA


Príloha č. 7

INFORMOVANÝ SÚHLAS

Požadované dokumenty k administrácii očkovania

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

 MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY		ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA	
<i>Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</i>			
IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA			
Meno:	Priezvisko:	Rodné číslo:	
Dátum a čas očkovania:			
ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA			
OTÁZKA	ÁNO	NIE	
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)			
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?			
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?			
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny?			
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?			
Ste tehotná ?			
Dátum:	Podpis očkovaného / očkovanej:		
Dátum:	Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:		

 MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY		ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA	
<i>Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</i>			
IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA			
Meno:	Priezvisko:	Rodné číslo:	
Dátum a čas očkovania:			
ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA			
OTÁZKA	ÁNO	NIE	
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)			
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?			
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?			
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny?			
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?			
Ste tehotná ?			
Dátum:	Podpis zákonného zástupcu očkovaného / očkovanej:		
Dátum:	Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:		

DOKLAD O ZAOČKOVANÍ PROTI COVID-19 – 3. DÁVKA

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY		DOKLAD O ZAOČKOVANÍ PRE PACIENTA PROTI COVID-19 – 3. DÁVKA	
Poradové číslo dokladu o zaočkovaní:.....			
Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti		Kód PZS	
Meno lekára		Kód lekára	
IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA			
Meno	Priezvisko	Titul/y	
Rodné číslo	Kód zdravotnej poisťovne	Dátum a čas podania vakcíny	
ZÁPIS Z VYŠETRENIA			
Anamnestický dotazník a vyšetrenie	absolvované ¹	neabsolvované ¹	
Výrobca / názov vakcíny			
ŠUKL kód			
Šarža			
Dátum:		Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia a podpis:	

¹nehodí sa prečiarť

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY		DOKLAD O ZAOČKOVANÍ PRE PACIENTA PROTI COVID-19 – 3. DÁVKA	
Poradové číslo dokladu o zaočkovaní:.....			
Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti		Kód PZS	
Meno lekára		Kód lekára	
IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA			
Meno	Priezvisko	Titul/y	
Rodné číslo	Kód zdravotnej poisťovne	Dátum a čas podania vakcíny	
ZÁPIS Z VYŠETRENIA			
Anamnestický dotazník a vyšetrenie	Absolvované ¹	Neabsolvované ¹	
Výrobca / názov vakcíny			
ŠUKL kód			
Šarža			
Dátum:		Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia a podpis:	

¹nehodí sa prečiarť

INFORMOVANÝ SÚHLAS

POSKYTOVATEĽ ZS (vyplniť).....

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť	
Rodné číslo	
Bydlisko (ulica, č. domu, mesto, PSČ)	
Telefónne číslo / email (pre prípad potreby predvolania na dovšetrenie)	

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) je mRNA – nejadrová RNA kódujúca bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia. V prípade dodatočnej tretej dávky pre imunokompromitované osoby sa jedná o súčasť základnej očkovacej schémy. Posilňovacia tretia dávka vakcíny je odporúčaná pre imunokompetentné osoby najskôr po 6 mesiacoch po podaní základnej očkovacej schémy.

Dolu podpísaný/á potvrdzujem svojim podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv.

¹ nehodiace sa preškrtnúť

Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska(doplniť očkovacie miesto)

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniú som porozumel/a.

Taktiež potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o možných kontraindikáciách v súvislosti s podaním vakcíny, ktorými sú precitlivosť na niektorú zložku vakcíny alebo akútne horúčkové ochorenie. Bližšie informácie o očkovacej látke môžete nájsť v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné získať na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska(doplniť očkovacie miesto).

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickým výkonom **SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM**.¹ Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na (doplniť očkovacie miesto) bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na.....(doplniť očkovacie miesto) trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V dňa čas

.....
podpis a otláčok pečiatky lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť