

טופס אישור הורה לחיסון נגד קורונה לגילאי 12-15 ללא נוכחות הורה

חיסון ילדים בגילאי 12-15 כנגד נגיף הקורונה- מתחיל. החיסונים יבוצעו במרפאות קופות החולים.

ככלל, ניתן לחסן ילד/ה שמלאו לו 12 שנה גם ללא נוכחות הורה בכפוף לקבלת הסכמה מדעת של הורה אחד לפחות. עם זאת, יש להפעיל שיקול דעת וככל שנראה שהילד/ה מתנגד/ת או מהסס/ת וכיו"ב- אין לחסן ללא נוכחות הורה. רצוי ומומלץ להגיע בנוכחות הורה מלווה או מלווה בוגר אחר מטעמו של ההורה. ככל שהילד/ה הגיע/ה בליווי בן משפחה אחר שאינו בגיר, ניתן לחסן בכפוף לקבלת הסכמה מדעת של ההורה לחיסון ושהמלווה מוסמך מטעמו. לחיסון הילדים נדרשת הסכמת הורה (אחד לפחות*) או אפוטרופוס ממונה. יידוע הורים בדבר החיסון ומועד החיסון יעשה בפרסום באמצעים שונים.

ניתן לקבל הסכמת הורה באחת מכמה דרכים:

1. הורה המגיע עם הילד/ה לחיסון ומסכים בעל פה לחיסון - יש לתעד ברשומה את נוכחותו.
2. הורה שנוצר עימו קשר טלפוני יזום, ונתן הסכמה בעל-פה - יש לתעד ברשומה את פרטי השיחה.
3. אם יש תקשורת אלקטרונית עם ההורה (כגון במייל או ווטסאפ), ניתן להשתמש בדרך זו לקבלת אישור - יש לתעד ברשומה את פרטי האישור.
4. באמצעות טופס אישור בנוסח המצורף, או בנוסח דומה.

אין לחסן ילד/ה המבקש שלא להתחסן, גם אם ניתנה לכך הסכמת הורה

* אם הורה מודיע שיש מחלוקות בין הורים בסוגיה זו יש לתת להם לישיב אותה ביניהם, ובינתיים אין לחסן את הנער/ה.

אישור הורה לחיסון כנגד נגיף הקורונה covid19 - גילאי 12 ומעלה

מאת:

הורה הילד/ה:

שם פרטי ומשפחה (ילד/ה) מס' ת"ז (ילד/ה)

אני מאשר/ת כי לבני/בתי מלאו 12 שנים, וטרם מלאו לו/לה 18 שנים.

אני מאשר/ת לתת לבני/בתי חיסון כנגד נגיף הקורונה.

ידוע לי שלא ניתן לבני/בתי חיסון בניגוד לרצונו/ה.

ידוע לי שעל בני/בתי למסור לפני קבלת החיסון פרטים אודות מצבו/ה הבריאותי, רגישויות ואלרגיות לתרופות ולמזון.

קראתי ו/או ידוע לי כי יש - מידע על החיסון באתר משרד הבריאות:

<https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/home>

ידוע לי כי בני/בתי חייבת/ת להישאר במקום מתן החיסון במשך כ- 15 דקות לאחר מתן החיסון להשגחה, או 30 דקות אם יש לו/לה רגישות או אלרגיה מיוחדים לפי הוראות משרד הבריאות.

ידוע לי שיש לפנות לקבלת טיפול רפואי או להתייעצות עם רופא/ה, אם תופענה תגובות לחיסון לאחר קבלתו, או אם ישתנה, באופן כלשהי, מצבו הגופני של בני/בתי לאחר קבלת החיסון.

חתימה

מס' ת"ז

שם מלא

תאריך