

Karta uodpornienia

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|-------------|--|--|--------------------|--|--|--|--|
| Nazwisko i imię, numer PESEL lub numer dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border-bottom: 1px dotted black;"><i>nazwisko</i></td> <td style="width: 50%; text-align: center; border-bottom: 1px dotted black;"><i>imię</i></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dotted black;"></td> <td style="border-bottom: 1px dotted black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px dotted black;"><i>Numer PESEL</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px dotted black;"></td> </tr> </table> | <i>nazwisko</i> | <i>imię</i> | | | <i>Numer PESEL</i> | | | | Data urodzenia dzień miesiąc rok -.....-..... |
| <i>nazwisko</i> | <i>imię</i> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| <i>Numer PESEL</i> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Obowiązkowe szczepienia ochronne

| Wiek | Rodzaj szczepionki / numer dawki | Data i godzina wykonania szczepienia | Miejsce podania szczepionki | Nazwa szczepionki | Numer serii szczepionki | Podpis osoby wykonującej szczepienie |
|-------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------|----------------------------|--|
| noworodek | | | | | | |
| 2. miesiąc życia | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 3-4. miesiąc życia | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 5-6. miesiąc życia | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 7. miesiąc życia | | | | | | |
| 12-15. miesiąc życia | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 16-18. miesiąc życia | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 6. rok życia | | | | | | |
| 14. rok życia | | | | | | |
| 19. rok życia | | | | | | |

