

IZJAVA

o prejemu cepiva proti covid-19 izven okvira dovoljenja za promet

(3. poživitveni odmerek cepiva Spikevax)

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Seznanjen/a sem, da za **3. poživitveni odmerek** mRNA cepiva **Spikevax** (Moderna) proti covid-19 uporaba zaenkrat ni registrirana s strani Evropske agencije za zdravila. Poživitveni odmerek s cepivom Spikevax na željo pacienta velja kot uporaba cepiva izven okvira dovoljenja za promet ("off-label uporaba").

Izjavljam, da se uporaba cepiva izven okvira dovoljenja za promet opravi na mojo željo in s podpisom na tem obrazcu podajam soglasje za tako cepljenje ter sprejemam odgovornost za svojo odločitev.

Datum: _____

Podpis pacienta/-ke: _____