



**IZJAVA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE PROTI**  
**PNEVMOKOKNIM OKUŽBAM**

Cepljenje se priporoča najbolj ogroženim skupinam ljudi, med drugim tudi starejšim od 65. let in kroničnim bolnikom vseh starosti.

Starejši prejmejo en odmerek cepiva. Cepijo se:

- s 23-valentnim cepivom, ki ga krije zdravstveno zavarovanje.

IME, PRIIMEK, DATUM ROJSTVA STANOVALCA: \_\_\_\_\_

IME IN PRIIMEK SVOJCA (če izjavo podpisujete za svojca): \_\_\_\_\_

**Izjavljam, da se strinjam s cepljenjem s 23-valentnim cepivom proti pnevmokoknim okužbam.**

DATUM: \_\_\_\_\_

PODPIS OSEBE, KI SE CEPI OZ. SVOJCA/SKRBNIKA: \_\_\_\_\_