

טופס אישור הורה לחיסון נגד קורונה לבני 12 עד 18 ללא נוכחות הורה

החל חיסון הילדים בני 12 עד 18 נגד נגיף הקורונה. החיסונים יינתנו במרפאות של קופות החולים.

ככלל, ניתן לחסן ילד/ה שמלאו לו/לה 12 שנים גם ללא נוכחות הורה, בכפוף לקבלת הסכמה מדעת של הורה אחד לפחות. עם זאת, יש להפעיל שיקול דעת, ואם נראה שהילד/ה מתנגד/ת או מהססת - אסור לחסן ללא נוכחות הורה. רצוי ומומלץ להגיע בנוכחות הורה מלווה או מלווה בוגר אחר מטעמו של ההורה.

אם הילד/ה הגיע/ה בליווי בן משפחה אחר שאינו בגיר, ניתן לחסן אותו/ה בכפוף לקבלת הסכמה מדעת של ההורה לחיסון, ושהמלווה מוסמך מטעמו.

לחיסון הילדים נדרשת הסכמה של הורה (אחד לפחות*) או של אפוטרופוס ממונה. יידוע הורים בדבר החיסון ומועד החיסון ייעשה 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, והוא נתן הסכמה בעל פה - יש לתעד ברשומה את פרטי השיחה.

3. אם יש תקשורת אלקטרונית עם ההורה (כמו במייל או בווטסאפ), ניתן להשתמש בדרך הזאת לקבלת אישור. יש לתעד ברשומה את פרטי האישור.

4. באמצעות טופס אישור בנוסח המצורף או בנוסח דומה.

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

* אם הורה מודיע שיש מחלוקות בין הורים בסוגיה הזאת יש לתת להם ליישב אותה ביניהם, ובינתיים אסור לחסן את הנערה

אישור הורה לחיסון נגד נגיף הקורונה covid19 - בני 12 שני ויותר

מאת:

הורה התלמיד/ה:

מס' ת"ז (של הילד/ה)

שם פרטי ושם משפחה של הילד/ה

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

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

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

ידוע לי שעל בני/בתי למסור לפני קבלת החיסון פרטים על מצבו/ה הבריאותי, על רגישויות

ועל אלרגיות 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 מיוחדות לפי הוראות משרד הבריאות.

ידוע לי שיש לפנות לקבלת טיפול רפואי או להתייעצות עם רופא/ה אם יופיעו תגובות לחיסון

לאחר קבלתו, או אם ישתנה באופן כלשהו מצבו/ה הגופני של בני/בתי לאחר קבלת החיסון.

חתימה

מס' ת"ז

שם מלא

תאריך