

WZÓR

Karta uodpornienia

Nazwisko i imię, numer PESEL lub numer dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających numera PESEL	<i>nazwisko</i>	<i>imię</i>	Data urodzenia
		dzień miesiąc rok
	<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						

