



Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (pečiatka):

IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA

Meno:

Priezvisko:

Rodné číslo:

Dátum a čas očkovania:

ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA

OTÁZKA	ÁNO	NIE
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla) ?		
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?		
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?		
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny?		
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?		
Ste tehotná ?		
Boli ste už očkovaný/á vakcínou proti ochoreniu COVID-19 ? Ak ÁNO, akou vakcínoudávka:..... a kedy:		
Prekonali ste ochorenie COVID-19 ? Ak ÁNO, dátum		

Potvrdzujem svojím podpisom, že som uviedol/a pravdivé informácie v tomto dotazníku a nezatajil/a som žiadne zásadné a relevantné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu, ktoré by mohli mať vplyv na očkovanie alebo na môj zdravotný stav po očkovaní. Svojím podpisom ďalej potvrdzujem, že som si prečítal písomnú informáciu pre používateľa o očkovaní, priebehu očkovania a možných ťažkostiach po očkovaní a jeho obsahu som porozumel/a.

Dátum:

Podpis očkovaného / očkovanej:

Dátum:

Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka: