

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

Jméno a příjmení			
Rodné číslo		Pojišťovna	
Adresa trvalého pobytu			
Telefon		e-mail	

Tento dotazník slouží lékařům ke zhodnocení okolností Vašeho **zdravotního stavu**, které by mohly mít vliv na Vaše plánované očkování proti onemocnění COVID-19.

Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůže být očkovan/a. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

Prosíme o vyplnění následujících údajů:

ANO **NE**

Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byl/a jste již očkovan/a proti nemoci COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte nějakou závažnou poruchu imunity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste těhotná nebo kojíte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podání očkovací látky může někdy vyvolat **alergickou reakci**, která se může projevovat jako svědivá vyrážka, problémy s dýcháním, otok obličeje nebo jazyka. V případě, že se u Vás taková alergická reakce vyskytne, neprodleně kontaktujte svého praktického lékaře, při závažné reakci kontaktujte zdravotní záchranou službu na tel. 155.

Souhlas pacienta

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékařem **nezamířel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

Na základě těchto mě poskytnutých informací **prohlašuji, že souhlasím s aplikací očkovací látky** proti onemocnění COVID-19.

Podpis očkovaného:	Datum:
Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře: (podpis a razítko)	Datum: