

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

RODNÉ ČÍSLO..... ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA.....

ADRESA

TELEFON EMAIL

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

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

	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 očkován/a proti nemoci COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl/a jste v minulosti závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po jiném očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl/a jste závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po předchozím očkování proti COVID-19?	<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"/>

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

Souhlasím s aplikací očkovací látky proti onemocnění COVID-19.

Datum:

Podpis očkovaného: