

PIŠTE ČITELNĚ, TISKACE, VELKÝMI PÍSMENY. DĚKUJEME.

ImunoSantana, spol. s r.o., IČ 25687794, 350 02 Cheb, Májová 582/19 www.imunosantana.cz

Očkovací centrum COVID-19

Mail: covid@imunosantana.cz

Dotazník a souhlas s provedeným očkováním

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 otázku odpovíte ANO, neznamená to, že nemůžete být očkovan/a. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

ANAMNÉZA:

1. Máte v současné době akutní onemocnění se zvýšenou teplotou či horečkou?

Ano

Ne

2. Léčíte se s nějakým chronickým onemocněním?

Ano

Ne

V případě, že zaškrtnete ano, pak uveďte, jaké onemocnění máte, jaké léky berete:

3. Máte poruchu krevní srážlivosti? Berete léky na ředění krve?

Ano

Ne

V případě, že zaškrtnete ano, pak uveďte, jakou poruchu máte, jaké léky užíváte:

4. Máte nějakou alergii?

Ano

Ne

V případě, že zaškrtnete ano, pak uveďte, jaké alergie máte:

5. Měl/a jste v minulosti reakci po očkování – například alergickou reakci, horečky, kolapsový stav, jiné potíže?

Ano

Ne

V případě, že zaškrtnete ano, pak uveďte, jakou reakci jste měl/a:

6. U žen v produktivním věku: jste těhotná nebo kojíte?

Ano

Ne

PIŠTE ČITELNĚ, TISKACE, VELKÝMI PÍSMENY. DĚKUJEME.

7. Byl/a jste v posledních 14 dnech očkovan/a?

Ano Ne

8. Prodělal/a jste onemocnění covid-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?

Ano Ne

9. Máte poruchu obranyschopnosti způsobenou například chemoterapií nebo léky nebo jinou poruchu imunity?

Ano Ne

V případě, že zaškrtnete ano, pak uveďte, jakou poruchu máte:

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

VYJÁDŘENÍ SOUHLASU S PROVEDENÍM OČKOVÁNÍ PROTI COVID-19

Příjmení a jméno:

Rodné číslo:

Datum narození:

Adresa:

Zdravotní pojišťovna:

Telefon:

E-mailová adresa: _____ @ _____

Příbalový informační leták vakcíny COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA je dostupný na webu www.sukl.cz a www.imunosantana.cz

Měl/a jsem možnost konzultovat očkování s lékařem/lékařkou očkovacího centra.

Potvrzuji, že:

- **SOUHLASÍM s podáním očkovací látky COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA**

V Chebu dne

2021

Podpis pacienta:

(či zákonného zástupce)

Podpis lékaře:

R _____ L _____