

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

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

Tento dotazník slouží lékaři 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 nemůžete být očkován/a.

Prosíme o doplnění následujících údajů:

Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Byl/a jste již očkován/a proti onemocnění COVID-19?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Máte nějakou závažnou poruchu imunity?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Jste těhotná nebo kojíte?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Jste na něco alergický? <i>V případě, že ano, uveďte, na jaké látky:</i>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

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 zdravotnickou záchrannou službu na tel. 155.

Souhlas pacienta

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

Prohlašuji, že souhlasím s aplikací očkovací látky proti onemocnění COVID-19.

Podpis očkovaného:	Datum:
	Datum:
podpis a razítko lékaře	
Příslušnost očkovaného k prioritní skupině: (vyplní personál očkovacího centra)	