



Dotazník před očkováním proti onemocnění COVID-19

Jméno a příjmení:.....

RČ:.....

Zdravotní pojišťovna:.....

Telefonní číslo /email:.....

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. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

- | | | | | | | | |
|--|-----|----|--------------|---|---|---|---|
| ➤ Horečka, akutní infekční onemocnění | ANO | NE | | | | | |
| ➤ Karanténa, izolace nebo pozitivní test na Covid – 19 | ANO | NE | | | | | |
| ➤ Očkování proti nemoci COVID-19 | ANO | NE | počet dávek: | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ➤ Aplikace plazmy nebo protilátek proti Covid – 19 | ANO | NE | | | | | |
| ➤ Závažná alergická reakce po očkování? | ANO | NE | | | | | |
| ➤ Krvácivá porucha nebo užívání léků na ředění krve | ANO | NE | | | | | |
| ➤ Závažná porucha imunity, RS, transplantace | ANO | NE | | | | | |
| ➤ Onkologické onemocnění, chemoterapie | ANO | NE | | | | | |
| ➤ Těhotenství, kojení | ANO | NE | | | | | |
| ➤ Jiné očkování v posledních dvou týdnech | ANO | NE | | | | | |

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékařem **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.

Podpis očkovaného:

Datum:

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře:
(podpis a razítko lékaře)

Datum:



Nemocnice Neratovice, Almeda, a. s., Alšova 462, 277 11 Neratovice
tel: +420 315 637 111, fax: +420 315 684 215, e-mail: nemocnice.ner@mediterr.cz
www.nemocnice-neratovice.cz



nemocnice
NERATOVICE