

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19



PACIENT

Jméno a příjmení

rodné číslo

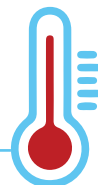
datum narození

e-mail

zdravotní pojišťovna

telefon

tělesná teplota



OSOBNÍ ANAMNÉZA

Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?

☐ ne

☐ ano

Prodělal/a jste v poslední době nějaké infekční onemocnění?

☐ ne

☐ ano

Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?

☐ ne

☐ ano

Byl/a jste již očkován/a proti nemoci COVID-19?

☐ ne

☐ ano

Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?

☐ ne

☐ ano

Léčíte se s vysokým krevním tlakem nebo cukrovkou?

☐ ne

☐ ano

Máte nějakou závažnou poruchu imunity?

☐ ne

☐ ano

Jste těhotná nebo kojíte?

☐ ne

☐ ano

Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?

☐ ne

☐ ano

Berete trvale léky? Vypište jaké:

Podpisem tohoto dotazníku potvrzuji, že jsem před svým lékařem nezatajil žádné informace o svém zdravotním stavu a že rozumím informacím poskytnutým o očkování proti COVID-19, včetně možných vedlejších účinků. Souhlasím s podáním vakcíny proti COVID-19 vakcínou COMIRNATY LP.8.1.

Podpis očkované osoby

v Praze dne

podpis očkované osoby

Prohlášení očkované osoby

jméno a příjmení zákonného zástupce

datum narození

adresa

telefon

e-mail

vztah k očkované osobě

v Praze dne

podpis zákonného zástupce

jméno a příjmení lékaře (podpis a razítko lékaře), datum