Dotazník před očkováním proti COVID-19

🞏druhá dávka

🞏třetí dávka

🞏čtvrtá dávka

Jméno a příjmení očkované osoby …………………………………………………………………………………………………….

Rodné číslo ……………………………………………………………………… Zdravotní pojišťovna …………………………..

Tento dotazník slouží 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 personál očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

1. **Měl/a jste po aplikaci předešlé dávky vakcíny některé z běžných následujících projevů?**

Bolest či zduření v místě aplikace, zarudnutí v místě aplikace, bolest hlavy, kloubů nebo svalů, únava, horečka, zimnice, pocit na zvracení, zvracení, průjem:

1. **Měl/a jste jiné projevy?**
2. **Pokud ano, trvaly příznaky déle jak dva dny?**

🞏NE🞏ANO

🞏NE🞏ANO

🞏NE🞏ANO

Prosíme, napište jaké

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Došlo od aplikace předešlé dávky vakcíny ke změně ve Vašem zdravotním
stavu anebo v užívaných lécích?**

1. **Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?**
2. **Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?**

🞏NE🞏ANO

🞏NE🞏ANO

🞏NE🞏ANO

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem nezamlčel/a žádné informace o svém zdravotním stavu, souhlasím s aplikací další dávky.

Podpis očkované osoby …………………………..….……………… Datum …………………………..….………………

Ověřující zdravotník …………………………..….………………

Na základě vstupního vyšetření při první dávce a aktuálního stavu není kontraindikace vakcinace.

Lékař dozorující očkování …………………………..….………………