

Dotazník před očkováním proti covid-19

Razítko pracoviště.....

Jméno a příjmení očkované osoby.....	Věk.....
Rodné číslo.....	Zdravotní pojišťovna
Adresa	Telefon/E-mail.....

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.

<p>1) Léčíte se s nějakým chronickým (trvalým) onemocněním?</p> <p>NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Prosíme, napište s jakým/i</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Jste na něco alergický/á?</p> <p>NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Prosíme, napište na co</p> <p>.....</p>
<p>3) Užíváte nějaké léky?</p> <p>NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Prosíme, napište jaké</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4) Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?</p> <p>NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/></p>
<p>5) Prodělal/a jste onemocnění covid-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?</p> <p>NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/></p>
<p>6) Byl/a jste již očkován/a proti nemoci covid-19?</p> <p>NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/></p>

Otočte na druhou stranu →

7) **Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po předchozích očkováních?**

NE

ANO

Prosíme, popište jakou

8) **Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?**

NE

ANO

9) **Máte nějakou závažnou poruchu imunity?**

NE

ANO

10) **Jste těhotná nebo kojíte?**

NE

ANO

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

NE

ANO

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékař **nezamlčel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu.

Podpis očkované osoby..... Datum.....