Dotazník před očkováním proti COVID-19

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. **Léčíte se s** **chronickým (trvalým) onemocněním?**

🞏NE🞏ANO

Prosíme, napište s jakým/i

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

1. **Jste na něco alergický/á nebo měla/a jste někdy nějakou závažnou reakci na očkování?**

🞏NE🞏ANO

Prosíme, napište na co

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

1. **Užíváte nějaké léky?**

🞏NE🞏ANO

Prosíme, napište jaké

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

1. **Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?**

🞏NE🞏ANO

1. **Prodělal/a jste onemocnění covid-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?**

🞏NE🞏ANO

1. **Byl/a jste očkován/a proti covid-19?**

🞏NE🞏ANO

1. **Kolik dávek Vám již bylo aplikováno?**

🞏1.dávka

🞏2.dávka

🞏3.dávka

1. **Máte nějakou krvácivou poruchu nebo
berete léky na ředění krve?**

🞏NE🞏ANO

1. **Máte nějakou závažnou poruchu imunity?**

🞏NE🞏ANO

1. **Jste těhotná nebo kojíte?**

🞏NE🞏ANO

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

🞏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 …………………………..….………………