

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI COVID-19

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

RODNÉ ČÍSLO..... ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA.....

ADRESA

TELEFON EMAIL

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.

	ANO	NE
Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum pozitivního testu:		
Byl/a jste již očkován/a proti nemoci COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte nějakou závažnou poruchu imunity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste těhotná nebo kojíte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užíval/a jste v posledních 14 dnech antibiotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

Datum:

Podpis očkovaného:

U osob s chronickým onemocněním vyplní zdravotnický personál:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Onkologické onemocnění (solidní nádory) | <input type="checkbox"/> Hematoonkologické onemocnění |
| <input type="checkbox"/> Závažné akutní nebo dlouhodobé onemocnění srdce | <input type="checkbox"/> Závažné dlouhodobé onemocnění plic |
| <input type="checkbox"/> Závažné dlouhodobé onemocnění ledvin | <input type="checkbox"/> Závažné dlouhodobé onemocnění jater |
| <input type="checkbox"/> Závažné neurologické nebo neuromuskulární onemocnění | <input type="checkbox"/> Jiné závažné onemocnění |
| <input type="checkbox"/> Stav po transplantaci nebo na čekací listině | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Hypertenze | <input type="checkbox"/> Obezita |