

Dotazník před očkováním proti covid-19

Razítko pracoviště.....

Jméno a příjmení očkované osoby..... Věk.....

Rodné číslo.....Zdravotní pojišťovna.....Email.....

Adresa.....Telefon.....

Tento dotazník slouží lékařům 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.

1) Léčíte se s nějakým chronickým (trvalým) onemocněním?

NE ANO Prosíme, napište s jakým/i

.....
.....
.....

2) Jste na něco alergický/á?

NE ANO Prosíme, napište na co

.....

3) Užíváte nějaké léky?

NE ANO Prosíme, napište jaké

.....
.....

4) Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?

NE ANO

5) Prodělal/a jste onemocnění covid-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?

NE ANO

6) Byl/a jste již očkován/a proti nemoci covid-19?

NE ANO

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.....