

Část B) AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV

Tato část dotazníku 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 očkovan/a. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

Jste na něco alergický/á ? <i>Prosíme, napište na co:</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Užíváte trvale nějaké léky ? <i>Prosíme, napište jaké:</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á ?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Prodělal/a jste nemoc covid-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test ?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Byl/a jste již očkovan/a proti onemocnění COVID-19 ?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování ?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve ?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Máte nějakou závažnou poruchu imunity ?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Jste těhotná nebo kojíte ?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování ?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékař **nezamířel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

Datum:

Podpis očkovaného (zák.zást.):

Datum:

Podpis a razítko lékaře: