

Typ očkování	
--------------	--

Jméno a příjmení			
Rodné číslo			
Adresa bydliště			
Telefon		Email	
Pojišťovna		Prioritní skupina	

ANAMNÉZA (správnou odpověď zakroužkujte)

Souhlasím s očkováním	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Jste si vědom/a, že trpíte alergií na nějakou látku, popřípadě jakou?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl/a jste závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po jiném očkování ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl/a jste závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po předchozím očkování proti Covid-19 ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Máte problémy s krvácením, snadno se Vám tvoří modřiny nebo užíváte léky, které omezují srážlivost krve?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jste očkován(a) v posledních 2 týdnech?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Probíhá u Vás momentálně horečnaté onemocnění nebo akutní infekce? *	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Trpíte v současnosti intenzivními projevy chronického onemocnění?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Jste si vědom/a, že máte sníženou imunitu?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Jste těhotná? **	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem seznámen s možnými nežádoucími účinky	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl(a) jste problémy po podání první dávky očkovací látky proti onemocnění COVID-19, jako je alergická reakce nebo potíže s dýcháním?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

* Přítomnost slabé infekce, jako nachlazení, není důvod k oddálení očkování.

** Jestliže jste těhotná, kojíte, myslíte, že můžete být těhotná, nebo plánujete otěhotnět, zkonzultujte podstoupení očkování se svým lékařem.

Název vakcíny:	
	3. dávka
Datum aplikace:	
Číslo šarže:	
Exspirace:	

.....
Podpis očkování

.....
Razítko a podpis
očkovací sestry

.....
Razítko a podpis lékaře