

Dotazník před očkováním proti onemocnění COVID-19**Jméno a příjmení:****Rodné číslo:****Telefonní číslo / email:****Adresa:****Pojišťovna:**

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 nemůže být očkovan/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?		
Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?		
Byl/a jste již očkovan/a proti nemoci COVID-19?		
Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování?		
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?		
Máte nějakou závažnou poruchu imunity?		
Jste těhotná nebo kojíte?		
Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?		

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.

Podpis očkovaného:

Datum:

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře:
(podpis a razítko lékaře)

Datum: