



## DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

**jméno a příjmení** .....

**rodné číslo** .....

**telefonní číslo** .....

**email** .....

Tento dotazník 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.

- |   | ANO                      | NE                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo<br>jste měl/a pozitivní PCR test? Pokud ano, kdy?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Byl/a jste již očkovan/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 alergii na léky?   | <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"/> |

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

.....  
datum

.....  
podpis očkovaného

.....  
podpis a razítko lékaře