



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
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 **nezamlčel/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

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Podpis zákonného zástupce:.....