



IVF Zlín  
Czech Republic

Očkovací centrum,  
IČ: 2559457:

U Lomu 638, 760 01 Zlín  
Masarykova 315, Luhačovice

F 11.2

Dotazník před očkováním Covid-19

## Dotazník před očkováním proti onemocnění COVID-19

|                                      |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|
| <b>Jméno a příjmení očkovaného:</b>  | <b>Věk:</b>                  |
| <b>Číslo pojištěnce/rodné číslo:</b> | <b>Zdravotní pojišťovna:</b> |
| <b>Telefonní číslo/e-mail:</b>       |                              |

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 přečtete a **pravdivě** zodpovíte. 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 |
|--|-----|----|
| Měl/a jste v minulosti závažnou alergickou reakci po nějakém očkování?   |     |    |
| Měl/a jste závažnou alergickou reakci po předchozím očkování proti Covid - 19?   |     |    |
| Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?   |     |    |
| Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test v posledních třech měsících?  |     |    |
| Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?  |     |    |
| Máte nějakou závažnou poruchu imunity?   |     |    |
| Jste těhotná nebo kojíte?  |     |    |
| Absolvoval/a jste v poslední době nebo v blízké době plánujete nějaké jiné očkování?   |     |    |
| Máte specifický zdravotní stav vyžadující individuální přístup personálu očkovacího centra? (smyslové, tělesné postižení, jiné zdravotní postižení)? |     |    |
| Je vzhledem k vašemu specifickému zdravotnímu stavu nutná asistence jiné osoby při návštěvě očkovacího centra?                                       |     |    |
| Máte aktuálně nějaké omezení pohyblivosti nebo orientace (hůl, francouzské berle...)?  |     |    |

*Zakřížkujte správnou odpověď*

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 podpis očkovacího zdravotníka:

Datum:



IVF Zlín  
Czech Republic

Očkovací centrum,  
IČ: 2559457:

F 11.2

U Lomu 638, 760 01 Zlín  
Masarykova 315, Luhačovice

Dotazník před očkováním Covid-19

### VYPLNÍ OČKOVACÍ CENTRUM

#### Vakcína

COMIRNATY

SPIKEVAX

NUVAXOVID

COMIRNATY OMICRON BA.4/BA.5

SPIKEVAX OMICRON BA.1

**Dávka:**                      první                      druhá                      posilující č. ....

**Číslo šarže:**                      .....

**Expirace šarže:**                      .....

**Místo vpichu (paže):**                      P                      L

*Vypište/zakroužkujte*