



IVF Zlín
Czech Republic

Očkovací centrum, U Lomu 638, Zlín 760 01
IČ: 2559457 Luhačovice, Masarykova 315

F 11.2

Dotazník před očkováním Covid-19

Dotazník před očkováním proti onemocnění COVID-19

Jméno a příjmení očkovaného:

Věk:

Číslo pojištění:

Zdravotní pojišťovna:

Telefonní číslo / email:

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
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?		
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...)		

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

F 11.2

Očkovací centrum, U Lomu 638, Zlín 760 01
IČ: 2559457 Luhačovice, Masarykova 315

Dotazník před očkováním Covid-19

VYPLNÍ OČKOVACÍ CENTRUM

Vakcína (zakroužkuj)

COMIRNATY

MODERNA

NUVAXOVID

Dávka:

první

druhá

třetí

čtvrtá

Šarže:

.....

Expirace:

.....

Místo vpichu:

P

L

paže