



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:

Rodné číslo:

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
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 předchozích očkováních?		
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 podpis očkovacího zdravotníka:

Datum:

VYPLNÍ OČKOVACÍ CENTRUM				
Vakcína (zakroužkuj)				
COMIRNATY	MODERNA	ASTRAZENECA	J&J	CUREVAC
Dávka:	první	druhá		
Šarže:			
Expirace:			
Místo vpichu:	P	L	paže	