

## Dotazník před očkováním proti covid-19

Razítko pracoviště.....

Jméno a příjmení očkované osoby..... Věk.....

Rodné číslo..... Zdravotní pojišťovna .....

Adresa .....Telefon/E-mail.....

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 očkován/a. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

### 1) Léčíte se s nějakým chronickým (trvalým) onemocněním?

NE  ANO  Prosíme, napište s jakým/i .....

.....

.....

.....

### 2) Jste na něco alergický/á?

NE  ANO  Prosíme, napište na co .....

.....

### 3) Užíváte nějaké léky?

NE  ANO  Prosíme, napište jaké .....

.....

.....

### 4) Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?

NE  ANO

### 5) Prodělal/a jste onemocnění covid-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?

NE  ANO

### 6) Byl/a jste již očkován/a proti nemoci covid-19?

NE  ANO

7) **Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po předchozích očkováních?**

NE

ANO

Prosíme, popište jakou .....

8) **Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?**

NE

ANO

9) **Máte nějakou závažnou poruchu imunity?**

NE

ANO

10) **Jste těhotná nebo kojíte?**

NE

ANO

11) **Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?**

NE

ANO

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.

**Souhlasím s aplikací očkovací látky** proti onemocnění covid-19.

Podpis očkované osoby..... Datum.....