

# DOTAZNÍK před očkováním proti onemocnění COVID-19

jméno a příjmení: .....

rodné číslo: .....

telefonní číslo: .....

email: .....

na jakou dávku v pořadí jdete: .....

Tento dotazník slouží lékařům na očkovacím místě ke zhodnocení okolností Vašeho zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na Vaše očkování proti onemocnění COVID-19. Otázky si důkladně přečtěte a pravdivě zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, neznamená to, že nemůžete být očkovan/a. V případě nejasností odpovězte ANO a odpověď s vámi pak upřesní lékař na očkovacím místě.

	ANO	NE
Prodělal/a jste onemocnění covid-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?		
Byl/a jste očkovan/a proti covid-19?		
→ Pokud ANO: Měl/a jste závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po předchozím očkování proti covid-19?		
Měl/a jste v minulosti závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po nějakém očkování? (např. astmatický záchvat, dušnost, mdloby, nevolnost, zvracení, vyrážka nebo otoky)		
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve? (příklady léků: warfarin; příklady poruch: hemofilie, leidenská mutace)		
Máte nějakou závažnou poruchu imunity? (např. HIV, onkologická onemocnění, léčba chemoterapií, radioterapií)		
Jste těhotná nebo kojíte?		
Máte specifický zdravotní stav vyžadující individuální přístup personálu očkovacího centra? (např. smyslové postižení, tělesné postižení, duševní onemocnění, specifické potřeby v komunikaci, jiné zdravotní postižení)		
Je vzhledem k vašemu specifickému zdravotnímu stavu nutná asistence jiné osoby při návštěvě OČM?		
Máte aktuálně nějaké omezení pohyblivosti nebo orientace? (např. hůl, francouzské berle, ortopedický vozík, rotátor)		
Absolvoval/a jste v poslední době nebo v blízké době plánujete 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 vakcíny proti onemocnění COVID-19.

datum: .....

podpis očkovaného: .....

podpis a razítko lékaře: .....