

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

jméno a příjmení

tělesná teplota*

datum narození

telefonní číslo / email

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 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 očkování?	☐	☐
▶ 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 lékaři **nezamlčel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

datum

datum

podpis očkovaného

podpis a razítko lékaře

*Zaznamenává se pouze v případě, že se na očkovacím místě měří.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



CENTRÁLNÍ
ŘÍDÍCÍ TÝM
COVID-19

IS+2 LINKA
1221