



**Dotazník pacienta**

**Identifikačné údaje pacienta:**

Meno a priezvisko: .....rodné číslo: .....

Meno všeobecného lekára: .....Zdrav. poisťovňa.....

	<b>Anamnestické otázky pre pacienta:</b>	Áno	Nie
1.	Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla) ?		
2.	Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?		
3.	Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?		
4.	Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody po podaní vakcíny?		
5.	Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?		
6.	Ste tehotná ?		
7.	V prípade nutnosti uveďte ďalšie údaje týkajúce sa Vášho zdravotného stavu: ..... .....		

Dolu podpísaný /á ..... potvrdzujem svojim podpisom, že som uviedol / a pravdivé informácie v tomto Dotazníku pacienta a nazatajil som žiadne zásadné a relevantné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu, ktoré by mohli mať vplyv na očkovanie alebo na môj zdravotný stav po očkovaní.

**ČESTNÉ PREHLÁSENIE**

Ja, dolu podpísaný/á..... týmto čestne prehlasujem, že spadám do oprávnenej skupiny na očkovanie v súlade s aktuálne platnou vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú kritériá určovania poradia očkovania osôb proti ochoreniu COVID-19.

*Celé znenie vyhlášky je k dispozícii k nahliadnutiu v priestoroch polikliniky MEDCENTRUM, s.r.o.*

**OČKOVACIA DÁVKA** (zaškrtnite správnu možnosť):

1. očkovanie COVID-19

2. očkovanie COVID-19

V Žiline, dňa .....

.....  
podpis očkovaného  
(prípadne jeho zákonného zástupcu)

.....  
podpis očkujúceho lekára