



Dotazník pacienta

Meno, priezvisko pacienta:

Trvale bytom (*ulica, číslo domu, mesto, PSČ*) **pacienta:**

Rodné číslo pacienta:

Zdravotná poisťovňa pacienta:

Tel. č. / e-mail pacienta:

(pre prípad potreby predvolania na následné/kontrolné vyšetrenie)

Názov všeobecného lekára pre dospelých / deti a dorast pacienta:

Kód očkovačieho miesta pacienta:

Por. č.	Otázka	Áno	Nie
1.	Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčná hnačka, bolesti hrdla, strata čuchu, chuti), príp. iné? Uved'te:		
2.	Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie alebo iné)?		
3.	Mali ste v minulosti závažnú alergickú reakciu (napr. anafylaktický šok)?		
4.	Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody (účinky) po podaní vakcíny?		
5.	Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) alebo užívate lieky ovplyvňujúce zrážanlivosť (tzv. antikoagulanciá) ?		
6.	Ste tehotná?		
7.	V prípade nutnosti uved'te ďalšie relevantné údaje týkajúce sa Vášho zdravotného stavu:		

Dolu podpísaný/á potvrdzujem svojím podpisom, že som uviedol/a pravdivé informácie v tomto Dotazníku pacienta a nezatajil/a 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.

Dolu podpísaný/á potvrdzujem svojím podpisom, že som si prečítal/a dokument Stručná informácia pre pacienta o očkovaní, priebehu očkovania a možných ťažkostiach po očkovaní a jeho obsahu som porozumel/a.

V Žiline, dňa

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



ČESTNÉ PREHLÁSENIE

Ja, dolu podpísaný/á.....(meno a priezvisko)

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 pracoviska FNsP Žilina.

OČKOVACIA DÁVKA (zaškrtnite správnu možnosť)

1. očkovanie COVID-19

2. očkovanie COVID-19

Dátum:.....

Podpis:.....