

*Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti*

**IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA**

Meno:

Priezvisko:

Rodné číslo:

Dátum a čas očkovania:

**ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA**

OTÁZKA

ÁNO

NIE

Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)

Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?

Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok)?

Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny?

Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?

Ste tehotná ?

Dátum:

Podpis očkovaného / očkovanej:

Dátum:

Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka: