



## Dotazník před očkováním proti COVID-19

Datum.....

**Pacient**

**TT:**

Jméno a příjmení.....

Rodné číslo..... Zdravotní pojišťovna .....

Adresa .....Telefon.....

Očkovací dávka\*: 1. dávka 2.dávka 3.dávka

\*zakroužkujte

Tento dotazník slouží lékařům ke zhodnocení okolností Vašeho zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na Vaše plánované očkování proti onemocnění COVID-19. Otázky si prosím pozorně přečtěte a pravdivě odpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, neznamená to, že nemůžete být očkovan/a. V případě nejasností se obraťte na zdravotnického pracovníka očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

**Zakroužkujte, prosím, správnou odpověď!**

**Léčíte se nějakým chronickým (trvalým) onemocněním?**

**NE ANO** - Prosím, vypište .....

.....

.....

.....

**Jste na něco alergický/á?**

**NE ANO** - Prosím, napište na co .....

.....

**Užíváte nějaké léky?**

**NE ANO** - Prosím, vypište jaké .....

.....

.....

.....



**Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?**

**NE ANO** - Uved'te, prosím, datum začátku nemoci/pozitivity: .....

**Byl jste již očkovan proti onemocnění COVID-19?**

**NE ANO**

**Měl/a jste již někdy závažnou alergickou reakci po jakémkoliv předchozím očkování?**

**NE ANO** - Prosím, popište jakou:

.....  
.....

**Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?**

**NE ANO** - Prosím, napište jaké:

.....  
.....

**Máte nějakou závažnou poruchu imunity?**

**NE ANO** Prosím, napište jakou:

.....  
.....

**Jste těhotná nebo kojíte?**

**NE ANO**

**Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?**

**NE ANO** Prosím, napište jaké .....

.....

**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.**

**Podpis očkované osoby .....Datum.....**