



### Dotazník před očkováním proti nemoci COVID-19

Jméno a příjmení očkovaného:	
Rodné číslo:	
Adresa trvalého bydliště (ulice, č.p./č.o, PSČ, město):	
Zdravotní pojišťovna	Povolání
Mobilní telefon	E-mail
Jméno praktického lékaře	

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, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůže být očkován/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 očkován/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?		
Léčíte se se závažným chronickým onemocněním?		
Uveďte:		

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékařem nezamlčel/a žádné informace o svém zdravotním stavu a rozumím poskytnutým informacím o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

Souhlasím s aplikací očkovací látky proti onemocnění COVID-19.

Já níže podepsaný, tímto čestně prohlašuji, že jsem \_\_\_\_\_ pracovníkem a pracuji u \_\_\_\_\_ jako \_\_\_\_\_.

Jsem si vědom, že svým nepravdivým prohlášením mohu poškodit Vojenskou nemocnici Brno a vystavit ohroženější občany ČR nebezpečí nákazy COVID-19.

Podpis očkovaného:

Datum:

Podpis očkovacího zdravotníka:

Datum:

Místo očkování: paže L P