

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

Jméno a příjmení -----

tělesná teplota*

datum narození -----

telefonní číslo / email -----

Tento dotazník slouží lékařovi 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 nemůžete být očkován/a. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

	ANO	NE
<input type="checkbox"/> Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Byl/a jste již očkován/a proti nemoci COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Máte nějakou závažnou poruchu imunity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jste těhotná nebo kojíte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

datum

datum

podpis očkovaného

podpis a razítko lékaře

*Zaznamenává se pouze v případě, že se na očkovacím místě měří.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



CENTRÁLNÍ
ŘÍDÍCÍ TÝM
COVID-19

LINKA
1221