



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:
--------	---------------------------------------------------------