

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

jméno a příjmení -----

tělesná teplota*

datum narození -----

telefonní číslo / email -----

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 nemůžete 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 | <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"/> |
| ▶ Byl/a jste již očkován/a proti nemoci COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Máte nějakou závažnou poruchu imunity? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Jste těhotná nebo kojíte? | <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 lékařem **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

IS+2 | LINKA
1221