



Záznam pro očkování Covid 19

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo: **Zdravotní pojišťovna:**

Adresa bydliště: **PSČ:**

Telefon: **Praktický lékař:**

Email:

Prodělal jsem onemocnění COVID-19 datum pozitivního výsledku PCR:

Nehodící se škrtněte.

Plicní onemocnění: ano ne

Onemocnění srdce: ano ne

Hypertenze: ano ne

Obezita /BMI >35/: ano ne

Onemocnění jater a ledvin: ano ne

Stav po transplantaci kostní dřeně nebo orgánu: ano ne

Diabetes mellitus: ano ne

Hemato-onkologické onemocnění: ano ne

Užívání léků ovlivňující imunitní systém: ano ne
/kortikoidy, imunosupresiva/

Genetické poruchy s vysokým rizikem závažného průběhu COVID-19: ano ne

Alergie v anamnéze
/NA VAKCINACI – LÉK – POLYVALENTNÍ ALERGIE/ ano ne

Jaká:

Gravidita ano ne

Probíhající infekční onemocnění ano ne
/není tím myšleno prosté nachlazení/

Souhlasím s očkováním vakcínou proti Covid-19 a jsem si vědom/a veškerých rizik.

Podpis pacienta /potvrzující správnost údajů/: