

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI COVID-19
Určen pro očkování nezletilých dětí ve věku 5-15 let včetně
(Dotazník vyplní zákonný zástupce)

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE.....

ČÍSLO POJIŠTĚNCE..... ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA.....

ADRESA

TELEFON EMAIL

Tento dotazník slouží lékařům ke zhodnocení okolností zdravotního stavu Vašeho dítěte, které by mohly mít vliv na očkování proti COVID-19.

Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a pravdivě zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, neznamená to, že nemůžete být dítě očkováno. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

	ANO	NE
Cítí se Vaše dítě v tuto chvíli nemocné? Má nějaké známky nemoci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodělalo Vaše dítě onemocnění COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bylo Vaše dítě již očkováno proti nemoci COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mělo Vaše dítě v minulosti závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po jiném očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Má Vaše dítě nějaké chronické onemocnění nebo trvalou medikaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Má Vaše dítě nějakou závažnou poruchu imunity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absolvovalo Vaše dítě v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plánujete v blízké budoucnosti nějaké očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Poznámka: O provedeném očkování informujte praktického lékaře svého dítěte.

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

Souhlasím s aplikací očkovací látky proti onemocnění COVID-19.

Datum:

Podpis zákonného zástupce dítěte: