

**DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI COVID-19**  
**Určen pro očkování nezletilých dětí ve věku 12-15 let včetně**  
**(Dotazník vyplní zákonný zástupce)**

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE.....

RODNÉ ČÍSLO..... 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"/>
Datum pozitivního testu:		
Bylo Vaše dítě již očkováno proti nemoci COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mělo Vaše dítě někdy závažnou alergickou reakci po 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"/>
Užívá Vaše dítě nyní antibiotika?	<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: