

Dátum a čas očkovania:

Identifikačné údaje pacienta:

Meno a priezvisko: rodné číslo:

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 príhody po podaní vakcíny? | | |
| Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ? | | |
| Ste tehotná ? | | |

Podpis očkovanej/ očkovaného:

Dátum:

Podpis očkujúcej zdravotníčky/
očkujúceho zdravotníka:

Dátum: