



Dotazník před očkováním proti covid-19

Jméno a příjmení očkované osoby:			
Rodné číslo:		Věk:	
Adresa bydliště:			
Zdravotní pojišťovna:		Telefon, e-mail	

1) Léčíte se s nějakým chronickým (trvalým) onemocněním?

NE

ANO Jestliže ano, napište s jakým/i

.....

.....

.....

.....

2) Jste na něco alergický/á?

NE

ANO Jestliže ano, napište na co

.....

.....

.....

3) Užíváte nějaké léky?

NE

ANO Jestliže ano, napište jaké

.....

.....

.....

4) Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?

NE

ANO

5) Prodělal/a jste onemocnění covid-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?

NE

ANO

6) Byl/a jste již očkovan/a proti nemoci covid-19?

NE ANO

7) Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po předchozích očkováních?

NE ANO Jestliže ano, napište jakou

.....
.....
.....

8) Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?

NE ANO

9) Máte nějakou závažnou poruchu imunity?

NE ANO

10) Jste těhotná nebo kojíte?

NE ANO

11) Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?

NE ANO

12. Subjektivně se cítíte dobře a jste připravený přijmout očkování proti Covid-19

NE ANO

Podepsáním tohoto dotazníku potvrzují, že jsem lékaři nezamlčel/a žádné informace o svém zdravotním stavu

Podpis očkované osoby.....

V Moravské Třebové dne