



3. DÁVKA

Informovaný souhlas s aplikací očkovací látky

COMIRNATY COVID-19 mRNA Vaccine proti nemoci COVID-19

Pacient/tka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození:	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa pobytu pacienta:	
Telefon:	Email:
Jméno zákonného zástupce:	Rodné číslo:

Vyznačte odpověď:

- | | | |
|---|-----|----|
| • Alergie (na jiné očkování, léky, apod.) | ANO | NE |
| • Porucha krevní srážlivosti | ANO | NE |
| • Poruchy imunity | ANO | NE |
| • Akutní onemocnění (horečka, kašel, průjem, opar, apod.) | ANO | NE |
| • Antibiotická léčba/jiné očkování v posledních 2 týdnech | ANO | NE |
| • Karanténa pro kontakt s Covid-19 v posledních 2 týdnech | ANO | NE |
| • Klinické onemocnění Covid-19 v posledních 3 měsících | ANO | NE |
| • Těhotenství a kojení | ANO | NE |

Datum podání 2. dávky očkování proti Covid-19:

Název předchozí podané vakcíny: Astra Zeneca Pfizer Moderna Janssen

Nežádoucí účinky po druhém očkování: ANO NE

Pokud ANO, jaké?

.....

.....

Souhlasím s podáním vakcíny.

Datum:

Podpis:

Podpis zákonného zástupce: