MODERNA

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 pojištěnce):
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 podaní 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: