



DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19 určen pro očkování nezletilých ve věku 5-11 let včetně (Dotazník vyplní zákonný zástupce)

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

Tento dotazník slouží lékařovi ke zhodnocení okolností **zdravotního stavu** Vašeho dítěte, které by mohly mít vliv na očkování proti onemocnění COVID-19.

Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůže 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"/>
▶ Bylo Vaše dítě již očkováno proti onemocnění 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? Plánujete v blízké budoucnosti nějaké očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pozn. O provedeném očkování informujte praktického lékaře svého dítěte.

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékařem **nezamířel/a žádné informace** o zdravotním stavu dítěte a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

datum

datum

Podpis zákonného zástupce

Podpis a razítko lékaře