



Dotazník pacienta

Meno, priezvisko pacienta:

Trvale bytom (*ulica, číslo domu, mesto, PSČ*) **pacienta:**

Rodné číslo pacienta:

Zdravotná poisťovňa pacienta:

Tel. č. / e-mail pacienta:

(*pre prípad potreby predvolania na následné/kontrolné vyšetrenie*)

Názov všeobecného lekára pre deti a dorast pacienta:

Meno, priezvisko zákonného zástupcu:

Trvale bytom (*ulica, číslo domu, mesto, PSČ*):

Tel. č. / e-mail:

Kód očkovačieho miesta pacienta:

| Por. č. | Otázka | Áno | Nie |
|---------|--|-----|-----|
| 1. | Má maloletý/á príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčná hnačka, bolesti hrdla, strata čuchu, chuti), príp. iné? Uveďte: | | |
| 2. | Trpí maloletý/á závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie alebo iné)? | | |
| 3. | Mal/a maloletý/á v minulosti závažnú alergickú reakciu (napr. anafylaktický šok)? | | |
| 4. | Mal/a maloletý/á ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody (účinky) po podaní vakcíny? | | |
| 5. | Má maloletý/á vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) alebo užívate lieky ovplyvňujúce zrážanlivosť (tzv. antikoagulantia)? | | |
| 6. | Je maloletá tehotná? | | |
| 7. | V prípade nutnosti uveďte ďalšie relevantné údaje týkajúce sa zdravotného stavu maloletého/maloletej: | | |

Dolu podpísaný/á potvrdzujem svojím podpisom, že som ako zákonný zástupca uviedol/a v tomto Dotazníku pacienta pravdivé informácie a nezatajil/a som žiadne zásadné a relevantné údaje týkajúce sa zdravotného stavu



maloletého/maloletej, ktoré by mohli mať vplyv na očkovanie alebo na zdravotný stav po očkovaní.

Dolu podpísaný/á potvrdzujem svojím podpisom, že som si prečítal/a dokument **Stručná informácia pre pacienta o očkovaní, priebehu očkovania a možných ťažkostiach po očkovaní** a jeho obsahu som porozumel/a.

V Žiline, dňa

.....
podpis zákonného zástupcu osoby,
ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť

ČESTNÉ PREHLÁSENIE

Ja, dolu podpísaný/á.....(meno a priezvisko)

ako zákonný zástupca maloletého/maloletej týmto čestne prehlasujem, že maloletá/maloletý

spadá do oprávnenej skupiny na očkovanie v súlade s aktuálne platnou vyhláškou Ministerstva

zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú kritériá určovania poradia očkovania

osôb proti ochoreniu COVID-19.

Celé znenie vyhlášky je k dispozícii k nahliadnutiu v priestoroch pracoviska FNsP Žilina.

OČKOVACIA DÁVKA (zaškrtnite správnu možnosť)

1. očkovanie COVID-19

2. očkovanie COVID-19

Dátum:.....

Podpis zákonného zástupcu:.....