

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT
COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához

Név:

Születési dátum:

TAJ szám:

Lakcím:

Telefonszám:

email cím:

A részemre felkínált Sars-CoV-2 védőoltást elfogadom:

IGEN / NEM*

* A kívánt válasz aláhúzendő. (A védőoltás a későbbiekben nemleges válasz esetén is igényelhető.)

AMENNYIBEN A FELKÍNÁLT VÉDOLTÁST ELFOGADJA,

KÉREM, VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!)		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt fertőzés kizáró ok)		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizolon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést?		
Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

Oltóorvosként tájékoztatom, hogy Ön a COVID-19 vakcinák alkalmazási előíratában jelenleg nem szereplő koronavírus emlékeztető oltásban fog részesülni, amennyiben ehhez írásos beleegyezését adja. A védőoltás esetleges mellékhatásaiért, illetve az oltásból eredő, előre nem látható egészségi károsodásért – kellő tapasztalat hiányában – az egészségügyi szolgáltató semmilyen felelősséget nem vállal. A fentieket megértettem, elfogadom, és kérem az oltás beadását.

Dátum:.....

.....

Aláírás