

HOZZÁJÁRULÓ NYILTKOZAT
COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához

Név: Születési dátum:
 TAJ szám: Lakcím:
 Telefonszám: email cím:

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 rosszullete? | | |
| Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikumallergia, 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) | | |
| Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik? | | |
| Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést? | | |
| Volt-e valaha görcsrohama, 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? | | |

Dátum:.....

.....
 Aláírás