



## Dotazník před očkováním proti COVID-19

Datum.....

Pacient

TT:

<b>Jméno a příjmení</b> .....	
<b>Rodné číslo</b> .....	<b>Zdravotní pojišťovna</b> .....
<b>Adresa</b> .....	<b>Telefon</b> .....

Tento dotazník slouží lékařům ke zhodnocení okolností Vašeho zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na Vaše plánované očkování proti onemocnění COVID-19. Otázky si prosím pozorně přečtete a pravdivě odpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, neznamená to, že nemůžete být očkovan/a. V případě nejasností se obraťte na zdravotnického pracovníka očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

**Zakroužkujte, prosím, správnou odpověď!**

<p><b>Léčíte se nějakým chronickým (trvalým) onemocněním?</b></p> <p><b>NE ANO</b> - Prosím, vyplňte .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Jste na něco alergický/á?</b></p> <p><b>NE ANO</b> - Prosím, napište na co .....</p> <p>.....</p>
<p><b>Užíváte nějaké léky?</b></p> <p><b>NE ANO</b> - Prosím, vyplňte jaké .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



**ALBERTINUM, odborný léčebný ústav v Žamberku**  
Za Kopečkem 353, 564 01 ŽAMBERK IČ:00196096

**Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?**

**NE ANO** - Uved'te, prosím, datum začátku nemoci/pozitivity: .....

**Byl jste již očkovan proti onemocnění COVID-19?**

**NE ANO**

**Měl/a jste již někdy závažnou alergickou reakci po jakémkoliv předchozím očkování?**

**NE ANO** - Prosím, popište jakou:

.....  
.....

**Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?**

**NE ANO** - Prosím, napište jaké:

.....  
.....

**Máte nějakou závažnou poruchu imunity?**

**NE ANO** Prosím, napište jakou:

.....  
.....

**Jste těhotná nebo kojíte?**

**NE ANO**

**Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?**

**NE ANO** Prosím, napište jaké .....

.....

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

**Podpis očkované osoby .....Datum.....**