**Dotazník před očkováním proti nemoci COVID-19**

**Jméno a příjmení očkovaného:**

**Věk:**

**Rodné číslo:**

**Pojišťovna:**

**Mobil: E-mail:**

Tento dotazník nám pomůže určit, zda by se dnešní očkování mělo provést nebo odložit. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte “ano”, neznamená to, že nemůžete být očkován(a). Pokud Vám některá otázka není jasná, nechte si ji vysvětlit od očkujícího personálu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | ANO  | NE  |
| Cítíte se dnes nemocný(á)?  |   |   |
| Prodělal(a) jste nemoc COVID-19 nebo jste měl(a) pozitivní test?  |   |   |
| Byl(a) jste někdy očkován(a) proti nemoci COVID-19?  |   |   |
| Měl(a) jste někdy závažnou alergickou (tzv. anafylaktickou) reakci, pro kterou jste musel/a být léčen(a) adrenalinem nebo hospitalizován(a)?  |   |   |
| Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na “ředění” krve?  |   |   |
| Máte nějakou závažnou poruchu imunity?  |   |   |
| Jste těhotná nebo kojíte?  |   |   |

**Podpis očkovaného:** **Datum:**

|  |
| --- |
| **VYPLNÍ OČKOVACÍ CENTRUM** **Vakcína** (zakroužkuj)COMIRNATY MODERNA ASTRAZENECA J&J CUREVAC **Indikace:** Lidé: 80+ 70+ JINÁ ............................................................................ **Dávka**  první druhá **Šarže** ...............................................**Exspirace** ...............................................**Místo vpichu** P L paže  |

Jméno a podpis očkujícího zdravotníka: Datum: