

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

Univerzitná nemocnica Bratislava, Pažitková 4, 821 01

pracovisko:

Dátum a čas očkovania:

Identifikačné údaje pacienta:

Meno, priezvisko, titul:

Rodné číslo:

Anamnestické otázky pre pacienta:

Otázka	Áno	Nie
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)		
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?		
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok)?		
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody po podaní vakcíny?		
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?		
Ste tehotná ?		

Podpis očkovanej/ očkovaného:

Dátum:

Podpis očkujúcej zdravotníčky/ očkujúceho zdravotníka:

.....

Dátum: