

Tento dotazník slouží lékařům ke zhodnocení okolností **zdravotního stavu** Vašeho dítěte, které by mohly mít vliv na očkování proti onemocnění COVID-19.

Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůže být dítě očkováno. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

TT (°C)

Telefonní číslo: **e-mail:**

ANO NE

Cítí se Vaše dítě v tuto chvíli nemocné? Má nějaké známky nemoci?

Prodělalo Vaše dítě onemocnění COVID-19?

Bylo Vaše dítě již očkováno proti onemocnění COVID-19?

Mělo Vaše dítě někdy závažnou alergickou reakci po očkování?

Má Vaše dítě nějaké chronické onemocnění nebo trvalou medikaci?

Má Vaše dítě nějakou závažnou poruchu imunity?

Absolvovalo Vaše dítě v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?
Plánujete v blízké budoucnosti nějaké očkování?

ANO	NE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pozn. O provedeném očkování **informujte praktického lékaře svého dítěte.**

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

Svým podpisem rovněž stvrzuji, že mi bylo umožněno, abych zdravotníkovi, který mi podával informace o očkování, kladl **doplňující otázky** a tyto mi byly úplně a náležitě zodpovězeny. Prohlašuji, že jsem o očkování, jeho možných **komplikacích a rizicích** dostatečně informován, a že jsem výše uvedenému poučení plně **porozuměl a s očkováním souhlasím.**

Podpis zákonného zástupce:

Datum:

Identifikace a podpis lékaře:

Datum:

Identifikace a podpis očkujícího:

Datum: