

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, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůžete být očkovan/a. 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:** .....

	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byl/a jste již očkovan/a proti nemoci COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte nějakou závažnou poruchu imunity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste těhotná nebo kojíte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

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 očkovaného:

Datum:

Identifikace a podpis lékaře:

Datum:

Identifikace a podpis očkujícího:

Datum: