

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19 určen pro očkování nezletilých ve věku 5-11 let včetně(Dotazník vyplní zákonný zástupce)

Jméno a příjmení dítěte

Datum narození dítěte

Telefonní číslo / email zákonného zástupce

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.

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

ANO/NE

Prodělalo Vaše dítě onemocnění COVID-19?

ANO/NE

Bylo Vaše dítě již očkováno proti onemocnění COVID-19?

ANO/NE

Mělo Vaše dítě někdy závažnou alergickou reakci po očkování?

ANO/NE

Má Vaše dítě nějaké chronické onemocnění nebo trvalou medikaci?

ANO/NE

Má Vaše dítě nějakou závažnou poruchu imunity?

ANO/NE

Absolvovalo Vaše dítě v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?

ANO/NE

Plánujete v blízké budoucnosti nějaké očkování?

ANO/NE

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

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

Podpis lékaře: