

INFORMOVANÝ SOUHLAS S PROVEDENÍM OČKOVÁNÍ

Příjmení: Jméno:
RČ: Bydliště:

Anamnéza:

1.	Objevila se u Vás někdy v minulosti alergická reakce po očkování?	ANO	NE
2.	Máte alergii na vejce, kuřecí bílkovinu nebo na nějakou ze složek vakcín?	ANO	NE
3.	Byl/a jste očkován/a v posledních 2 týdnech?	ANO	NE
4.	Probíhá u Vás momentálně horečnaté onemocnění nebo akutní infekce?	ANO	NE
5.	Trpíte v současnosti intenzivními projevy chronického onemocnění?	ANO	NE
6.	Máte sníženou imunitu?	ANO	NE

* pozn.: vybranou variantu prosím označte křížkem (X)

Plánované očkování: Očkování – vakcína:

Byl/a jsem poučen/a o:

- postupu aplikace očkovací látky a jejím vlivu na imunitní systém,
- rychlosti nástupu ochranného účinku vakcíny,
- počtu potřebných látek k dosažení plného efektu imunizace,
- časovém intervalu vhodném k podání další dávky,
- omezení fyzické zátěže a úpravě režimu – specifický podle druhu aplikované vakcíny,
- minimálním odstupu od následné aplikace dalších vakcín, darování krve,
- **nutnosti setrvání 30 minut po aplikaci v čekárně.**

Prohlášení pacienta po pohovoru

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace očkování a rozdíly v očkovacích látkách proti stejné nemoci od různých výrobců. Měl/a jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel/a jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a. Lékařem jsem byl/a poučen/a o možnosti svého souhlasu s navrženým postupem odvolat.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že se cítím zcela zdrav/a, nejsem v nařízené karanténě, poslední měsíc jsem nepřišel/nepřišla do vědomého styku s člověkem nakaženým COVID-19, nebyl/a jsem pozitivně testován/a a nemám (ev. neměl/a jsem za posledních 14 dní) ani jeden z příznaků koronavirového onemocnění (teplota, kašel, dušnost, atypická svalová bolest, trávící obtíže).

Lékaři jsem pravdivě sdělil/a veškeré informace týkající se mého zdravotního stavu, akutních i chronických nemocí, alergií, užívaných léků a případných reakcí po očkování v minulosti.

Souhlasím, aby mne lékař informoval o potřebě dalšího očkování za účelem vlastního a veřejného zdraví.

V dne

.....
podpis klienta (zákonného zástupce)

.....
podpis seznamujícího lékaře