

**DOTAZNÍK PRED OČKOVANÍM NA OCHORENIE COVID-19****Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:**

Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s.  
Lúčna 57, 040 15 Košice-Šaca

Dátum a čas očkovania: .....

**Identifikačné údaje pacienta:**

Meno, priezvisko, 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: .....