

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

COVID-19 elleni emlékeztető oltás (3. oltás, Janssen oltóanyag esetén 2. oltás) beadásához

Név: Születési dátum:
TAJ szám: Lakcím:
Telefonszám: email cím:

KÉREM VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 1. oltását? oltóanyag típusa: oltás dátuma:		
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 2. oltását? oltóanyag típusa: oltás dátuma:		
A COVID-19 elleni oltás(oka)t követően volt-e súlyos oltási reakciója pl. thrombosis?		
A COVID-19 elleni oltást követően volt-e anafilaxiás reakciója?		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok)		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést?		
Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérbézszeri betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasz?		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandósságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

Ön a Covid-19 elleni vakcinák hatályos alkalmazási előiratában jelenleg nem szereplő Covid-19 elleni emlékeztető oltásban részesül.

Dátum:.....

.....

Aláírás