Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

**Mihop, s.r.o., Agátová 62, Šaľa, 927 05, Mobilné očkovacie zariadenie MV-155**

Miesto vakcinácie: Kultúrne Stredisko – Kláštor, Školská 1690/7, 951 31 Močenok

Dátum a čas očkovania: .......................................

Identifikačné údaje pacienta:

Meno, priezvisko, titul: ...................................................................................

Rodné číslo: ...............................................................

**Anamnestické otázky pre pacienta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otázka** | **Áno** | **Nie** |
| Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívnykašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov,malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla) |  |  |
| Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované akomožná 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 podanívakcíny? |  |  |
| Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ? |  |  |
| Ste tehotná ? |  |  |

Podpis očkovanej/ očkovaného: .........................................

Dátum: .........................

Podpis očkujúcej zdravotníčky/ očkujúceho zdravotníka: .........................................

Dátum: ..........................