

Dokumentacija: Zastitno cijepivo protiv Covid 19

Ime:

Prezime:

Adresa:

Datum rođenja:

Broj mobitela:

Zdravstveni upitnik

Cijepljenje: 1

2

Ne

Da

- Imate li povišenu tjelesnu temperaturu?
- Patite li od poremećaja zgrusavanja krvi? Ili uzimate lijekove za razrijedjivanje krvi (npr. Marcumar)?
- Imate li urođenu ili stečenu slabost imunološkog sustava (npr. Kemoterapija, zračenje, lijekovi kortizonom, HIV, AIDS)?
- Jeste li imali problema sa prethodnim cijepljenjem?
- Jeste li trenutno na desenzibilizacijskom tretmanu? (trebalo bi proći 1 do 2 tjedna između cijepljenja i injekcije Za desenzibilizaciju).
- Za zene: Jeste li trudni?
- Kod drugog cijepljenja: Da li su se kod prvog cijepljenja pojavile Neočekivane nuspojave?
- Ako da, koje?

Potvrda od strane Pacijenta

Ovim putem potvrđujem da sam primio Dokument od Saveznog Ministarstva za zdravlje (BAG) „Factsheet: Cijepljenje protiv Covid“ koji uključuje informacije o rizicima i neželjenim učincima i da želim provesti cijepljenje:

Mjesto & Datum

Potpis

U slučaju da niste u stanju sami donositi odluke, primjenjuje se potpis medicinski ovlaštene osobe koja vas zastupa, u tom slučaju navedite prezime/ime od ovlaštene osobe.

Impfstoff / Charge _____

Mjesto cijepljenja: lijeva ruka

desna ruka

Napomena:

Datum : _____ za i pečat: _____