

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT 12 és 18 év KÖZÖTTI SZEMÉLYEK RÉSZÉRE
 COVID-19 FERTŐZÉS ELLENI VAKCINA BEADÁSÁHOZ
 Első és második oltáshoz

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!

Páciens gyermek neve:		
Születési dátum:		
TAJ szám:		
Lakcím:		
Telefonszám:		
e-mail cím:		
A törvényes képviselő (szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő vagy gyám) illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. S (1) bekezdés a) pontja és 16. S (6) bekezdése, illetve az 57. S (4) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve és telefonszáma:	Név:	Telefonszám:
	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.)		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Rendszeresen szed gyógyszert?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb, etc.)?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszullete?		
COVID-19 védőoltást kapott-e már ? (Pfizer, Moderna, Szputnyik, Sinopharm, AstraZeneca, Janssen, ha igen karikázza be!)		

Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!)		
--	--	--

Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az, elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok)		
Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban? (Megjegyzés: elektív műtét után oltható)		
Az elmúlt időszakban történt-e bármilyen egészségügyi kezelés, beavatkozás önnél?		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést (i.e. kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek)		
Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképző szervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Egyéb (jelenleg várandós-e vagy tervez-e várandósságot 3 hónapon belül, szoptat-e):		

Amennyiben a gyermek előzetesen megnevezte azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. S (1) bekezdés a) pontja és 16. S (6) bekezdése, illetve az 57. S (4) bekezdése alapján megtett nyilatkozat eredeti vagy hiteles másolati példányának bemutatásával igazolom, hogy a gyermek helyett jogosult vagyok beleegyező nyilatkozatot tenni.

Zalaegerszeg,

.....

A gyermek aláírása (12 év felett)

Törvényes képviselője/beleegyezési jogot gyakorló
személy aláírása