

# HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

## COVID-19 elleni emlékeztető 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 ?		
COVID-19 elleni eddigi oltások: 1. oltás: oltóanyag típusa: oltás dátuma: 2. oltás: oltóanyag típusa: oltás dátuma: 3. oltás: oltóanyag típusa: oltás dátuma: 4. oltás: 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? <b>Megjegyzés: akut lázas betegségkizáró ok</b>		
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 görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

Dátum • .....

Aláírás