

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 vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
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

A Nemzeti Népegészségügyi Központ által július 26-án kiadott „**Eljárásrend Magyarország COVID-19 elleni oltási programjának folytatásához**” dokumentum előírása szerint, a bemutatott orvosi dokumentációk és a szóban felvett anamnézis alapján booster oltásként az alábbi vakcinát javalom:

AstraZeneca

Janssen

Moderna

Pfizer

Sinopharm

oltóorvos aláírása

Booster oltásként, az oltóorvos által javasolt vakcinát

ELFOGADOM

NEM FOGADOM EL

oltandó aláírása