

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (vyplnía ošetrujúci zdravotník):

Az egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe (az egészségügyi dolgozó tölti ki):

Dátum a čas očkovania :

Az oltás dátuma és időpontja:

Meno, priezvisko a rodné číslo pacienta :

Az oltandó személy utó- és családi neve, személyi száma:

Anamnestické otázky pre pacienta:

Kórtörténeti kérdések az oltandó személy részére:

Otázka	Kérdés	Áno Igen	Nie Nem
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)?	Észleli-e heveny megbetegedés tüneteit (37 °C feletti testhőmérséklet, produktív köhögés, köpetürítéssel járó köhögés, gyengeség, izom- és ízületi fájdalom, bányadtság, fertőző hasmenés, torokfájás)?		
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie)?	Szenved-e súlyos betegségben, amely esetében az oltást úgy ítélték meg, hogy ellenjavalt (kontraindikált) lehet (pl. autoimmun betegség, demielinizációs betegség)?		
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?	Volt-e korábban súlyos allergiás reakciója (pl. anafilaxiás sokk)?		
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody po podaní vakcíny?	Védőoltás beadását követően jelentkeztek-e valaha súlyos mellékhatások?		
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?	Vannak-e súlyos véralvadási zavarai (pl. hemofília súlyos formája)?		
Ste tehotná ?	Terhes?		

Dolu podpísaný/á

Alulírott

.....
potvrďujem svojím podpisom, že som uviedol/a pravdivé informácie v tomto dotazníku a nezatajil/a som žiadne zásadné a relevantné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu, ktoré by mohli mať vplyv na očkovanie alebo na môj zdravotný stav po očkovaní. Svojím podpisom ďalej potvrďujem, že som si prečítal písomnú informáciu pre používateľa o očkovaní, priebehu očkovania a možných ťažkostiach po očkovaní a jeho obsahu som porozumel/a.

aláírással megerősítem, hogy a jelen kérdőívben valós adatokat tüntettem fel és semmilyen olyan alapvető fontosságú és lényeges adatot nem titkoltam el az egészségi állapotom kapcsán, amelynek hatása lehet az oltásra vagy az oltás utáni egészségi állapotomra. Aláírással továbbá megerősítem, hogy Az oltásról, az oltás menetéről és az oltást követő lehetséges nehézségekről szóló írásos betegájékoztatót elolvastam és annak tartalmát megértettem.

Podpis očkovaného:

Az oltandó személy aláírása:

Dátum:

Podpis očkujúceho zdravotníka:

Az oltást beadó egészségügyi dolgozó aláírása:

Dátum: