

 MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY		ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA	
Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti			
IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA			
Meno:	Priezvisko:	Rodné číslo:	
Dátum a čas očkovania:			
ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA			
OTÁZKA	ÁNO	NIE	
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)			
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?			
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?			
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny?			
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?			
Ste tehotná ?			
Dátum:	Podpis očkovaného / očkovanej:		
Dátum:	Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:		

 MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY		ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA	
Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti			
IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA			
Meno:	Priezvisko:	Rodné číslo:	
Dátum a čas očkovania:			
ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA			
OTÁZKA	ÁNO	NIE	
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)			
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?			
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?			
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny?			
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?			
Ste tehotná ?			
Dátum:	Podpis zákonného zástupcu očkovaného / očkovanej:		
Dátum:	Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:		

