

# DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

Jméno a příjmení

-----

tělesná teplota\*

datum narození

-----

telefonní číslo / email

-----

Tento dotazník slouží lékařům ke zhodnocení okolností Vašeho zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na Vaše plánované očkování proti onemocnění COVID-19.

Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůžete být očkován/a. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

- |  | ANO                      | NE                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Byl/a jste již očkován/a proti nemoci COVID-19                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Máte nějakou závažnou poruchu imunity?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Jste těhotná nebo kojíte?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékařem **nezamlčel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

-----  
datum

-----  
datum

-----  
podpis očkovaného

-----  
podpis a razítko lékaře

\*Zaznamenává se pouze v případě, že se na očkovacím místě měří.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



CENTRÁLNÍ  
ŘÍDÍCÍ TÝM  
COVID-19

IS+21 LINKA  
1221