DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

určen pro očkování nezletilých ve věku 12-15 let včetně

(Dotazník vyplní zákonný zástupce)

**jméno a příjmení dítěte**

**datum narození dítěte**

**telefonní číslo / email**

**zákonného zástupce**

Tento dotazník slouží lékaři ke zhodnocení okolností **zdravotního stavu** Vašeho dítěte, které by mohly mít vliv na 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 nemůže být dítě očkováno. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **NE** |
|  Cítí se Vaše dítě v tuto chvílí nemocné? Má nějaké známky nemoci? |  |  |
|  Prodělalo Vaše dítě onemocnění COVID-19? |  |  |
|  Bylo Vaše dítě již očkováno proti onemocnění COVID-19? |  |  |
|  Mělo Vaše dítě někdy závažnou alergickou reakci po očkování? |  |  |
|  Má Vaše dítě nějaké chronické onemocnění nebo trvalou medikaci? |  |  |
|  Má Vaše dítě nějakou závažnou poruchu imunity? |  |  |
|  Absolvovalo Vaše dítě v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování? Plánujete v blízké budoucnosti nějaké očkování? |  |  |

*Pozn. O provedeném očkování informujte praktického lékaře svého dítěte.*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| datum |  | datum |
| podpis zákonného zástupce |  | Podpis a razítko lékaře |

