

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

GPN s. r. o. (Sanatórium KOCH), Partizánska 27, 811 03 Bratislava

**Dátum a čas očkovania:**

Identifikačné údaje pacienta: **Meno, priezvisko, titul:**

.....

**Rodné číslo:** .....

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 príhody po podaní vakcíny?		
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?		
Ste tehotná ?		

Dátum:

Podpis očkovanej/ očkovaného:

Podpis očkujúcej zdravotníčky/ očkujúceho zdravotníka:

Dátum: