

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19
určený pro očkování nezletilých ve věku 12-15 let včetně
(Dotazník vyplní zákonný zástupce *)

Jméno a příjmení dítěte			
Rodné číslo dítěte			
Adresa trvalého pobytu dítěte			
Pojišťovna dítěte		Záznam teploty	
Jméno a příjmení zákonného zástupce			
Telefon zákonného zástupce			
e-mail zákonného zástupce			

Tento dotazník slouží lékařům 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.

Prosíme o doplnění následujících údajů:

Cítí se Vaše dítě v tuto chvíli nemocné? Má nějaké známky nemoci?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Prodělalo Vaše dítě onemocnění COVID-19?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Bylo Vaše dítě již očkováno proti onemocnění COVID-19?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mělo Vaše dítě někdy závažnou alergickou reakci po očkování?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Má Vaše dítě nějaké chronické onemocnění nebo trvalou medikaci?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Má Vaše dítě nějakou závažnou poruchu imunity?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Absolvovalo Vaše dítě v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování? Plánujete v blízké budoucnosti nějaké očkování?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

Pozn. O provedeném očkování proti onemocnění COVID-19 informujte praktického lékaře svého dítěte.

Souhlas zákonného zástupce s očkováním dítěte

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékařem **nezamlčel/a žádné informace** o zdravotním stavu mého dítěte, **rozumím poskytnutým informacím** a měl/a jsem možnost položit lékařovi doplňující dotazy o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

Prohlašuji, že souhlasím s aplikací očkovací látky proti onemocnění COVID-19 u mého dítěte.

Podpis zákonného zástupce dítěte:	Datum:
Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře: (vyplní lékař v očkovacím centru)	Datum:
podpis a razítko lékaře	

*) Pod pojmem zákonný zástupce se rozumí kromě samotného zákonného zástupce i osoba určená zákonným zástupcem, pěstoun nebo jiná osoba, do jejíž péče byla nezletilá osoba na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřena.