**HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT**

**(3. oltáshoz)**

**……………………………………………………………………………………………..nevű**

**COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához**

Név: Születési dátum:

TAJ szám: Lakcím:

Telefonszám: email cím:

|  |  |
| --- | --- |
| **A részemre felkínált Sars-CoV-2 védőoltást elfogadom:**  | **IGEN / NEM\*** |
| \* A kívánt válasz aláhúzandó. (A védőoltás a későbbiekben nemleges válasz esetén is igényelhető.) |

AMENNYIBEN A FELKÍNÁLT **VÉDŐOLTÁST ELFOGADJA**,

KÉREM, VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Igen | Nem |
| Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.): |  |  |
| Rendszeresen szed-e gyógyszert? |  |  |
| Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? |  |  |
| Vérvétel vagy oltás során volt-e valaha rosszulléte?  |  |  |
| Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója?**(Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!)** |  |  |
| Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? |  |  |
| Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben?**(Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt fertőzés kizáró ok)** |  |  |
|

|  |
| --- |
| Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?  |

 |  |  |
|

|  |
| --- |
| Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést?  |

 |  |  |
| Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása? |  |  |
| Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben? |  |  |
| Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? |  |  |
| Kapott-e **SARS-CoV-2 (új koronavírus) elleni védőoltást az elmúlt 4 hónapban?** |  |  |
| Jelenleg van-e bármilyen panasza? |  |  |
| Jelenleg várandós-e? |  |  |
| Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül? |  |  |
| Szoptat-e? |  |  |

|  |
| --- |
| Milyen **SARS-CoV-2 (új koronavírus) elleni védőoltást kapott?****Mikor kapta az utolsó adagot?** |

**Oltóorvosként tájékoztatom, hogy Ön a SARS-CoV-2 elleni vakcinák alkalmazási előiratában jelenleg nem szereplő koronavírus emlékeztető oltásban fog részesülni, amennyiben ehhez írásos beleegyezését adja. A védőoltás esetleges mellékhatásaiért, illetve az oltásból eredő, előre nem látható egészségi károsodásért – kellő tapasztalat hiányában – az egészségügyi szolgáltató semmilyen felelősséget nem vállal. A fentieket megértettem, elfogadom, és kérem az oltás beadását.**

Dátum:……………………………

 ……………………………………… Aláírás