



**OBLASTNÍ NEMOCNICE
PŘÍBRAM, a. s.**

Oblastní nemocnice Příbram, a. s.
Gen. R. Tesaříka 80, Příbram I, 261 01
IČO: 27085031, telefon: 318 641 111

Záznam pro 2. dávku očkování Covid 19 pro očkování nezletilých ve věku 12-15 let včetně

Jméno a příjmení dítěte:

Rodné číslo dítěte:

Telefonní číslo / 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. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

Cítí se Vaše dítě v tuto chvíli nemocné? **ANO** **NE**
Má nějaké známky nemoci?

Alergie v anamnéze?

pokud ano, jaké:

**Nastaly u Vašeho dítěte od 1. dávky očkování změny
zdravotního stavu?**

pokud ano, jaké:

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

Datum vakcinace:

Podpis zákonného zástupce:

Jmenovka a podpis lékaře: