

## COVID-19 FERTŐZÉS ELLENI VAKCINA BEADÁSÁHOZ

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Páciens/gyermek neve:                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |
| Születési dátum:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |
| TAJ szám:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |
| Lakcím:                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |
| Telefonszám:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |
| e-mail cím:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |
| A törvényes képviselő (szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő vagy gyám) illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §-ának (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve és telefonszáma:* | <p>Név:</p> <p>Telefonszám:</p> |

\* 18. életévét betöltött tanulók esetében nem szükséges kitölteni

|                                                                                                                                                                                 | Igen | Nem |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):                                                                           |      |     |
| Amennyiben igen, kérem sorolja fel:                                                                                                                                             |      |     |
| Rendszeresen szed-e gyógyszert?                                                                                                                                                 |      |     |
| Amennyiben igen, kérem sorolja fel:                                                                                                                                             |      |     |
| Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?                                                                                                                      |      |     |
| Amennyiben igen, kérem sorolja fel:                                                                                                                                             |      |     |
| Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?                                                                                                                          |      |     |
| Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója?<br>(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)                                                                                        |  |  |
| Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban? (Megjegyzés: elektív műtét után oltható.)                                                                               |  |  |
| Az elmúlt időszakban történt-e bármilyen egészségügyi kezelés, beavatkozás önnél?                                                                                         |  |  |
| Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?                                                                                                   |  |  |
| Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést? (i.e.: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek) |  |  |
| Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása?                                                                                                             |  |  |
| Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?                                                                                                           |  |  |
| Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?                                                                                                                                   |  |  |
| Jelenleg van-e bármilyen panasza?                                                                                                                                         |  |  |
| Egyéb (Jelenleg várandós-e vagy tervez-e várandósságot 3 hónapon belül, szoptat-e):                                                                                       |  |  |

Amennyiben a gyermek előzetesen megnevezte azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §-nak (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján megtett nyilatkozat eredeti vagy hiteles másolati példányának bemutatásával igazolom, hogy a gyermek helyett jogosult vagyok beleegyező nyilatkozatot tenni. \*\*

**\*\*18. életévét betöltött személyek esetében nem alkalmazandó**

....., 2021.....

.....  
**A gyermek aláírása (12 év felett)**

.....  
**Törvényes képviselője/beleegyezési jogot gyakorló személy aláírása**

.....  
**Aláírás\*\*\***

**\*\*\* Nagykorú tanulók esetében saját aláírásuk helye**