

# HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT A COVID-19 VAKCINA BEADÁSÁHOZ

Név: \_\_\_\_\_ Oltóanyag típusa: \_\_\_\_\_

Születési dátum: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_ Telefonszám: \_\_\_\_\_

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.) Ha igen, kérem sorolja fel, mi az:		
Rendszeresen szed-e gyógyszert? Ha igen, kérem sorolja fel:		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? Ha igen, kérem sorolja fel:		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszullete?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás (súlyos allergiás) reakciója?		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben?		
Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban?		
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, 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 4 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza? Ha igen, kérem sorolja fel:		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

**Alulírott önként, befolyástól mentesen hozzájárulok a COVID-19 elleni vakcina beadásához.**

**Az oltást követően, esetenként allergiás reakció léphet fel, ezért 30 percig még a helyszínen tartózkodom. Ha ez idő előtt távozom, az saját felelősségemre történik.**

**Tudomásul veszem, hogy az oltás nem kötelező, ezért a kockázatot vállalom.**

**Tudomásom veszem, hogy új típusú a fertőzés és az oltással kapcsolatosan eddig kevés a tapasztalat, ezért oltóorvosom felé minden esetleges későbbi kártérítési igényemről lemondok.**

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

.....

Alíráás