



## Informovaný souhlas s aplikací očkovací látky – COVID-19

Jméno a příjmení pacienta: .....

Rodné číslo pacienta: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Bydliště: .....

Dostavil/a jsem se dobrovolně k aplikaci očkovací látky proti COVID-19

Prohlašuji, že

- nemám žádné známky akutního infekčního onemocnění, jako jsou kašel, rýma, zvýšená teplota apod.
- orgán ochrany veřejného zdraví ani ošetřující praktický lékař mi nenařídil karanténní opatření,
- není mi známo, že jsem v posledních 2 týdnech přišel / přišla do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí,
- není mi známo, že jsem gravidní,
- nevím o žádném jiném důvodu, který by mi bránil v aplikaci této očkovací látky.

Rovněž jsem byl/a seznámen/a do jaké míry a proti čemu by mě měla tato očkovací látka chránit a o možných komplikacích.

Těmto informacím rozumím a nemám žádné otázky ani nejasnosti.

### Alergie

- Nevím o tom, že bych měl/a v minulosti alergickou reakci na jakékoliv léky.
- Uvádím léky, na které jsem alergickou reakci měl/a:

.....

Podpisem tohoto informovaného souhlasu potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s možnými vedlejšími účinky způsobu aplikace vakcíny a postvakcinačním režimu a dobrovolně ji podstupuji.

Název vakcíny: ..... Číslo šarže: .....

Kontakt (mail nebo telefon): .....

Dne: ..... Podpis pacienta / zák. zástupce:.....

Jméno a příjmení, razítko a podpis lékaře:.....