



|  |  |
| --- | --- |
| **MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA****SLOVENSKEJ REPUBLIKY** | **ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA** |
| **Liptovská nemocnica s poliklinikou MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš**ul. Palúčanská 25, 031 23 Liptovský Mikuláš tel. : 044/5563 242Oddelenie / ambulancia **: Vakcinačné centrum** |
| **IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA** |
| Meno: | Priezvisko: | Rodné číslo: |
| Dátum a čas očkovania: |
|  |
| **ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA** |
| **OTÁZKA** | **ÁNO** | **NIE** |
| Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov,malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla) |  |  |
| Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ? |  |  |
| Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok)? |  |  |
| Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny? |  |  |
| Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ? |  |  |
| Prekonali ste v minulosti ochorenie COVID – 19 ? |  |  |
| Ste tehotná ? |  |  |
|  |
| Dátum: | Podpis očkovaného / očkovanej: |
| Dátum: | Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka: |

|  |  |
| --- | --- |
| **MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA****SLOVENSKEJ REPUBLIKY** | **ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA** |
| **Liptovská nemocnica s poliklinikou MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš**ul. Palúčanská 25, 031 23 Liptovský Mikuláš tel. : 044/5563242Oddelenie / ambulancia **: Vakcinačné centrum** |
| **IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA** |
| Meno: | Priezvisko: | Rodné číslo: |
| Dátum a čas očkovania: |
|  |
| **ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA** |
| **OTÁZKA** | **ÁNO** | **NIE** |
| Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov,malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla) |  |  |
| Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ? |  |  |
| Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ? |  |  |
| Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny? |  |  |
| Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ? |  |  |
| Prekonali ste v minulosti ochorenie COVID – 19 ? |  |  |
| Ste tehotná ? |  |  |
|  |
| Dátum: | Podpis očkovaného / očkovanej: |
| Dátum: | Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka: |