



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 242  Oddelenie / 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. : 044/5563242  Oddelenie / 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: | | | |