

ВЪПРОСНИК ПРЕДИ ВАКСИНИРАНЕ СРЕЩУ ЗАБОЛЯВАНЕ ОТ КОВИД-19



имена и фамилия -----

телесна температура*

дата на раждане -----

телефонен номер / имейл -----

Този въпросник служи на лекаря за оценка на обстоятелствата, свързани с Вашето **здравословно състояние**, които могат да повлияят на планираното Ви ваксиниране срещу заболяването КОВИД -19.

Моля, прочетете внимателно въпросите и отговорете **вярно**. Ако отговорите на някой от долуизложените въпроси с ДА, това **не означава**, че не може да бъдете ваксиниран/а. В случай на неясност, обърнете се към лекаря на мястото за ваксиниране, който ще Ви помогне да попълните въпросника.

	ДА	НЕ
<input type="checkbox"/> Чувствате ли се болен/на в този момент	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Прекарвали ли сте заболяването КОВИД-19 или имали ли сте положителен PCR тест?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Били ли сте вече ваксиниран/а срещу заболяването КОВИД-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Имали ли сте някога сериозна алергична реакция след ваксиниране?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Имате ли някакво кървене или вземате ли лекарства за разреждане на кръвта?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Имате ли някакво сериозно увреждане на имунитета?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Бременна ли сте или кърмите?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Направена ли Ви е друга ваксина в последните две седмици?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

С подписването на въпросника потвърждавам, че **не съм скрил/а** от лекаря **никакви сведения** по този въпросник за здравословното ми състояние и **разбирам предоставената информация** за ваксиниране срещу заболяването КОВИД-19, включително възможните нежелани реакции.

дата

дата

подпис на ваксинирания

подпис и печат на лекаря

*Отбелязва се само в случай, че се мери на мястото на ваксиниране.