

KWESTIONARIUSZ PRZED SZCZEPIENIEM PRZECIW CHOROBY COVID-19



Imię i nazwisko -----

Data urodzenia -----

Nr telefonu / email -----

Temperatura ciała*

Niniejszy kwestionariusz służy lekarzowi do oceny okoliczności Pana/i **stanu zdrowia**, które mogą mieć wpływ na planowane szczepienie przeciw chorobie COVID-19.

Należy dokładnie zapoznać się z pytaniami i odpowiedzieć **zgodnie z prawdą**. Jeżeli na któreś z poniższych pytań zostanie udzielona odpowiedź TAK, **nie oznacza** to, że dana osoba nie może zostać zaszczepiona. W razie wątpliwości należy zwrócić się do lekarza w punkcie szczepień, który pomoże z wypełnieniem kwestionariusza.

- | | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Czujesz się w tej chwili chory/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Przeszedłeś/przeszłaś chorobę COVID-19 lub miałeś/aś pozytywny test PCR? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Zostałeś/aś już zaszczepiony/a przeciw chorobie COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Miałeś/aś kiedykolwiek poważną reakcję alergiczną po szczepieniu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Masz zaburzenia krzepnięcia lub przyjmujesz leki rozrzedzające krew? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Masz poważne zaburzenia odporności? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Jesteś w ciąży lub karmisz piersią? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Byłeś/aś szczepiony na inne choroby w ciągu ostatnich dwóch tygodni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Podpisując niniejszy kwestionariusz potwierdzam, że **nie zataiłem/am** przed lekarzem **żadnych informacji** o moim stanie zdrowia, oraz że **rozumiem udzielone informacje** dotyczące przeciw chorobie COVID-19, włącznie z możliwymi skutkami ubocznymi.

Data

Data

podpis osoby szczepionej

podpis i pieczęć lekarza

*Zaznacza się tylko w przypadku, gdy jest mierzona w punkcie szczepień.