

**HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT 12 ÉS 18 ÉV KÖZÖTTI SZEMÉLYEK RÉSZÉRE
COVID-19 FERTŐZÉS ELLENI VAKCINA BEADÁSÁHOZ**

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!

Páciens/gyermek neve:	
Születési dátum:	
TAJ szám:	
Lakcím:	
Telefonszám:	
e-mail cím:	
A törvényes képviselő (szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő vagy gyám) illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. § (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve és telefonszáma:	Név: Telefonszám:

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.)		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Rendszeresen szed gyógyszert?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb, etc.)?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!)		

Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok)		
Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban? (Megjegyzés: elektív műtét után oltható)		
Az elmúlt időszakban történt-e bármilyen egészségügyi kezelés, beavatkozás önnél?		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést (i.e. kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek)		
Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Egyéb (jelenleg várandós-e vagy tervez-e várandósságot 3 hónapon belül, szoptat-e):		

Amennyiben a gyermek előzetesen megnevezte azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. § (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján megtett nyilatkozat eredeti vagy hiteles másolati példányának bemutatásával igazolom, hogy a gyermek helyett jogosult vagyok beleegyező nyilatkozatot tenni.

Budapest, 2021.....

A gyermek aláírása (12 év felett)

Törvényes képviselője/beleegyezési jogot gyakorló személy aláírása

Oltóanyag neve:	
Ampulla LOT száma:	
Ampulla sorozatszám:	
Beadás helye	jobb / bal kar / comb
Beavatkozás után rendkívüli esemény történt-e?	igen / nem
Ha igen, akkor mi?	
Oltást végző egészségügyi szolgáltató	
Oltást végző orvos	