Hozzájáruló nyilatkozat 16 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: |  |
| törvényes képviselő (szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő vagy gyám) illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §-ának (6) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Igen | Nem |
| Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.): |  |  |
| Ha igen, kérem sorolja fel, mi az:  ……………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Rendszeresen szed-e gyógyszert? |  |  |
| Ha igen, kérem sorolja fel:  …………………………………………………………………………………..………………………………………………………………… | | |
| Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? |  |  |
| Ha 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, 3 hónapon belül PCR igazolt COVID-19 fertőzés 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, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést? |  |  |
| Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása? |  |  |
| Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben? |  |  |
| **Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?** |  |  |
| Jelenleg van-e bármilyen panasza? |  |  |
| Ha igen, kérem sorolja fel:  …………………………………………………………………………….……………………………………………………………………… | | |
| **Jelenleg várandós-e?** |  |  |
| **Tervez-e várandóságot 3 hónapon belül?** |  |  |
| **Szoptat-e?** |  |  |

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §-ának (6) bekezdése alapján megtett nyilatkozat eredeti vagy hiteles másolati példányának bemutatásával igazolom, hogy a gyermek helyett jogosult vagyok beleegyező nyilatkozatot tenni.

Budapest, 20 ……………………….

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….. | ……………………………………………………………………………. |
| a gyermek aláírása (12 év felett) | törvényes képviselője/beleegyezési jogot gyakorló személy aláírása |
|  |  |
|  |  |
|  |  |