## SAGLASNOST ZA SPROVOENJE PREPORUENE IMUNIZACIJE

(popunjava pacijent)



INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE SRBIJE "Dr Milan Jovanovi Batut"

## Državljanstvo

Republika Srbija | JMBG
 0512962907122
 2)

srpsko

Sipsko

(naziv stranog državljanstva)

(br. pasoša ili EBS za strane državljane)

## **Prezime**

Mati

| Ime

Nemanja

| Ime roditelja

```
Pol
M, Ž
 | Datum roenja
  1985-12-05
 | Mesto roenja
  Svilajnac
Adresa (ulica i broj)
Kralja Aleksandra122
 | Mesto/Naselje
  Beograd
Opština/Grad
Svilajnac
 | Tel. fiksni
  015-4654-321
Tel. mobilni
062-9854213
 | Imejl
  email@email.com
Radni status:
zaposlen, nezaposlen, penzioner, uenik, student, dete
Zanimanje zaposlenog:
```

Stanoje

zdravstvena zaštita, socijalna zaštita, prosveta, MUP, Vojska RS, drugo **Korisnik ustanove soc. zašt.** 

DA, NE

| Naziv i opština sedišta

Izjavljujem da:

SAGLASAN SAM, NISAM SAGLASAN (oznaiti) sa sprovoenjem aktivne/pasivne imunizacije

(upisati naziv imunološkog leka):

Fajzer Bionteh

Lekar mi je objasnio prednosti i rizike od sprovoenja aktivne/pasivne imunizacije navedenim imunološkim lekom.

Potpis pacijenta ili zakonskog zastupnika pacijenta

Datum: 2020-12-27

## **EVIDENCIJA O VAKCINACIJI PROTIV COVID-19**

(popunjava zdravstveni radnik)

Zdravstvena ustanova

Gaj zvezdara

Vakcinacijski punkt

Punkt 5

Ime, prezime, faksimil i br. telefona lekara:

Pre davanja vakcine pregledati osobu i upoznati je sa koristima i o moguim neželjenim reakcijama posle vakcinacije. Obavezno upisati svaku datu vakcinu i sve tražene podatke u ovaj obrazac i podatke uneti u lini karton o izvršenim imunizacijama i zdravstveni karton.

vakci	Datum davanja vakcine (V1 i V2)	Nain davanja vakcine	Ekstre	Serija vakcine (lot)	Proiz	no	Potpi s lekar a	
-------	--	----------------------------	--------	----------------------------	-------	----	--------------------------	--