

志愿团队关于在布达佩斯协助接种第三针新冠疫苗的说明

各位华侨华人同胞：

当前匈牙利及欧洲第四波疫情较为严重，接种疫苗是有效的预防手段。经过与匈牙利医院协商，为方便本地华人接种，我们将在11月24日起在布达佩斯协助大家集中接种第三针疫苗（也接受第一针）。具体医院和时间如下：

11月24-26日	08:00-10:00	09区，圣拉斯洛医院，8A楼（12岁以上）
	12:30-17:30	13区，国防军医院，K楼（18岁以上）
	17:00-18:00	09区，圣拉斯洛医院，8A楼（12岁以上）
11月27-28日	08:00-10:00	09区，圣拉斯洛医院，8A楼（12岁以上）
	10:00-17:00	13区，国防军医院，K楼（18岁以上）
	17:00-18:00	09区，圣拉斯洛医院，8A楼（12岁以上）
11月29日至12月10日间	11月29日至12月10日间，根据实际情况和需求可再次组织不用提前预约的接种活动。	
圣拉斯洛医院入口：1097 Budapest, Albert Flórián út 5-7.（院内绿色长廊尽头左侧）		
国防军医院入口：1139 Budapest, Pap Károly utca 16. 对面（进门向右）		

注意事项（十条）：

一、参加人员可根据以上时间和地点安排前往，需携带护照、社会保险卡（TAJ/TB，如有）、匈牙利身份证或居留卡、匈牙利住址卡或住址单、证明接种第二针或第三针种类和时间（须满四个月）的之前接种证明（或接种疫苗卡、欧盟接种证书）。

二、无匈牙利身份证或居留证的人员无法完成现场注册，故无法获得接种。

三、疫苗种类可选择国药、辉瑞、莫德纳、阿斯利康和强生。另根据规定，感染新冠病毒治愈后满三个月的才能接受疫苗接种。

四、前两针在中国完成接种，第二针已过四个月的可以在匈牙利接种第三针。此类人群可以在匈牙利接种一针作为第三针，也可以在匈牙利接种正常两针。

1，**前两针在中国完成接种，现只愿意接种一针作为第三针的**，请携带带有英文内容的或是正式译成英语的中国接种证明原件和复印件、护照和身份证/居留证及地址卡复印件，填写用于接种第三针的同意书进行接种。**这种选择之后的流程相对繁琐。**

2，**前两针在中国完成接种，现愿意接种匈牙利正常两针的**，则不用出示中国接种证明，填写第一针用同意书进行接种，之后按照获得的第一针接种医院证明上的下一针接种时间（或之后若干天）再次进行接种同一种疫苗。**这种选择之后的流程相对简单，且会获得更高的抗体。**

在匈牙利接种完一针疫苗，即可获得匈牙利疫苗卡，两周内未收到的，可到各地“政府窗口”申请。在“政府窗口”还可办理欧盟接种证书（即所谓欧盟疫苗护照）。有匈牙利社会保险号和Ügyfélkapu帐号的可在网上下载欧盟接种证书以及申请接种和检测证明APP。

五、参加人员请事先自行打印如下本团队提供的匈中双语的**登记表**和**同意书**，使用蓝色圆珠笔填写，要求工整、清晰、准确。手工填写同意书时，遇数字“7”须在竖腰上加一小横。日期按年月日顺序，如2021.11.24.；住址按匈牙利式规范，即顺序为：四位数邮编、城市、街道名、门牌号、楼层、门号（独栋的写至街道门牌号）。填写不清、不规范、不完整会造成接种过程缓慢及系统录入错误。参加人员请携带一支蓝色圆珠笔以备需要。

六、12-18周岁人员须由监护人陪同，填写未成年人专用同意书（可使用本团队提供匈中双语版）。

七、现场有序排队，听从志愿者安排和引导。志愿者现场佩戴红色口罩，以示识别。

八、志愿者只按上述时间表提供协助，时间表之外医院在工作时间仍接待接种者，但请大家准备好证件和填写完好的同意书（医院人员不负责填写和修改），按秩序完成接种。

九、11月22日至28日，匈牙利全国共有101家国立和市立医院组织“接种周”，大家也可前往这些医院的接种点按照规定进行接种。

十、视此次活动的表现情况，本团队在“接种周”之后可继续安排不用提前预约的活动。

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT
COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához
接种新冠疫苗接种第一针及第二针同意书官方文本

Név (先姓后名):	Születési dátum (出生日期):	年	月	日
TAJ szám(社保号):	Lakcím (住址):	év	hó	nap
Telefonszám(电话): +36	E-mail cím:			

KÉREM VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)

以下每个问题都必须回答！确认项，在“是”和“否”栏打 X

	IGEN 是	NEM 否
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.) 是否有慢性疾病?如糖尿病、高血压、哮喘、心脏病或肾病等。		
Rendszeresen szed-e gyógyszert? 是否长期服用药物?		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? 是否有过敏症 (食物、药物、其他) ?		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszullete? 之前在抽血或接种疫苗时是否曾感到过不适?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikumallergia, lázcsillapító allergia NEM!) 之前接种疫苗时是否曾出现过敏反应? (注意: 未知药物引起过敏、抗生素过敏、退烧药过敏者不予接种!)		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? 过去四周内是否有任何急性疾病?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok) 过去两周内是否有发热性疾病? (注意: 急性发热性疾病的不予接种!)		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik? 是否有目前在活动期的自身免疫性疾病?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést? 过去三个月内是否接受会弱化免疫系统的治疗? 如: 服用可的松、强的松、其他甾体药物、免疫生物药物或抗肿瘤药物及进行放射治疗。		
Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása? 是否曾经有过癫痫、神经系统问题、麻痹瘫痪?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységekben? 是否有血液造血器官疾病、血友病?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? 过去两周内是否接种过其他疫苗?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza? 目前是否有什么病状?		
Jelenleg várandós-e? 是否已怀孕?		
Tervez-e várandósságot 2 hónapon belül? 未来两个月内是否计划怀孕?		
Szoptat-e? 是否在哺乳期?		

Dátum(日期): 2021. 11. .

.....
Aláírás 签名

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

COVID-19 elleni emlékeztető oltás (3. oltás, Janssen oltóanyag esetén 2. oltás) beadásához 接种新冠疫苗第三针（之前接种强生的为第二针）同意书官方文本

Név (先姓后名): Születési dátum (出生日期): 年 月 日
TAJ szám(社保号): Lakcím (住址): év hó nap
Telefonszám(电话): +36 E-mail cím:

KÉREM VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)

以下每个问题都必须回答！确认项，在“是”和“否”栏打 X

	IGEN 是	NEM 否
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.) 是否有慢性疾病? (如糖尿病、高血压、哮喘、心脏病或肾病等。)		
Rendszeresen szed-e gyógyszert? 是否长期服用药物?		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? 是否有过敏症 (食物、药物、其他)?		
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 1. oltását? 何时接种的第一针? Oltóanyag típusa 疫苗种类 (圈选): <i>Sinopharm, Pfizer, Moderna, Szputnyik, AstraZeneca, Janssen</i> Oltás dátuma 第一针接种日期: 2021.	X	
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 2. oltását? 何时接种的第二针? Oltóanyag típusa 疫苗种类 (圈选): <i>Sinopharm, Pfizer, Moderna, Szputnyik, AstraZeneca, Janssen</i> Oltás dátuma 第二针接种日期: 2021.	X	
A COVID-19 elleni oltás(oka)t követően volt-e súlyos oltási reakciója pl. thrombosis? 接种新冠疫苗后是否有过严重的疫苗接种反应, 如血栓?		
A COVID-19 elleni oltást követően volt-e anafilaxiás reakciója? 接种新冠疫苗后是否有过敏反应?		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? 在过去四周内是否有任何急性疾病?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok) 在过去两周内是否有发热性疾病? (注意: 急性发热性疾病的不予接种!)		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik? 是否有目前在活动期的自身免疫性疾病?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést? 过去三个月内是否接受会弱化免疫系统的治疗? 如: 服用可的松、强的松、其他甾体药物、免疫生物药物或抗肿瘤药物及进行放射治疗。		
Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása? 是否曾经有过癫痫、神经系统问题、麻痹瘫痪?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben? 是否有血液造血器官疾病、血友病?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? 过去两周内是否接种过其他疫苗?		
Jelenleg van-e bármilyen panasz? 目前是否有任何病状?		
Jelenleg várandós-e? 是否已怀孕?		
Tervez-e várandósságot 2 hónapon belül? 未来两个月内是否计划怀孕?		
Szoptat-e? 是否在哺乳期?		

Ön a Covid-19 elleni vakcinák hatályos alkalmazási előírataiban jelenleg nem szereplő Covid-19 elleni emlékeztető oltásban részesül. 您接种的加强针疫苗尚未列入新冠疫苗现行使用规范。

Dátum(日期): 2021. 11. .

.....
Aláírás 签名