

## HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

### COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához

Név:  
TAJ szám:  
Telefonszám:

Születési dátum:  
Lakcím:  
e-mail cím:

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

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója?		
<b>(Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikumallergia, lázcsillapító allergia NEM!)</b>		
Volt-e valamelyen akut betegsége az elmúlt 4 héten?		
Volt-e lázás beteg az elmúlt 2 héten?		
<b>(Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt fertőzés kizáró ok)</b>		
Szenved-e olyan autoimmun betegségen, 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 görcsrohamra, idegrendszeri problémára, bénulásra?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségen, fokozott vérzékenységen?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 héten?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

Dátum:.....

.....

Aláírás