

# SAGLASNOST ZA SPROVODJENJE PREPORUCENE IMUNIZACIJE

(popunjava pacijent)



ИНСТИТУТ ЗА  
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ  
„Др Милан Јовановић Батут“

**Drzavljanstvo** 1) Republika Srbija | JMBG 1234567890123

2) Strano drz. | Br. pasosa

**Prezime** Jovanovic | **Ime** Jovan | **Ime roditelja** Jovana

**Pol:** Muski | **Datum rođenja** 1998-11-11Z | **Mesto rođenja** Jovanova

**Adresa (ulica i broj)** 1 | **Mesto/Naselje**

**Opština/Grad** undefined | **Tel. fiksni** 10123456789

**Tel. mobilni** 0636363636 | **email** jovan@jovan.com

**Radni status:** Zaposlen

**Zanimanje zaposlenog:** MUP

**Korisnik ustanove soc. zast.** Da | **Naziv i opština sedista**

**Izjavljujem da: SAGLASAN SAM**, sa sprovođenjem aktivne/pasivne imunizacije (naziv imunološkog leka):

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

## EVIDENCIJA O VAKCINACIJI PROTIV COVID-19

(popunjava zdravstveni radnik)

Zdravstvena ustanova **Hells Kitchen** Vakcinacijski punkt **89**

Ime, prezime, faksimil i br. telefona lekara: **Zdravko , Zdravkovic , dasd**

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

Naziv vaccine	Datum davanja vaccine	Ekstremitet	Seriya vaccine (lot)	Proizvodjac	Nezeljena reakcija	Potpis lekara
prva doza		Ir	e456	Sinopharm	nema	

**Napomena:** Obrazac se cuva kao deo medicinske dokumentacije pacijenta.