

**САГЛАСНОСТ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ
ПРЕПОРУЧЕНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ**
(попуњава пацијент)

Држављанство:
Презиме: Gradjanic | **Име:** Gradjanin | **Име родитеља:** Veselin
Пол: Muski | **Датум рођења:** 2000-10-10 | **Место:** Novi Sad
Адреса (улица и број): Jevrejska 5 | **Место/Насеље** Novi Sad
Општина/Град Novi Sad | **Тел. фиксни** 021 123 456
Тел. мобилни 065 123 45 67 | **имејл** gradjanin@maildrop.cc
Радни статус Zaposlen
Занимање запосленог:
Корисник установе соц. зашт Da | **Назив и општина седишта** Novi Sad Novi Sad
Изјављујем да:
Лекар ми је објаснио предности и ризике од спровођења активне/пасивне имунизације
наведеним имунолошким леком **ПРОВЕРИ ПОТПИС** и датум

ЕВИДЕНЦИЈА О ВАКЦИНАЦИЈИ
ПРОТИВ COVID-19
(попуњава здравствени радник)

Здравствена установа Dom Zdravlja, Novi Sad Вакцинацијски пункт 5

Име, презиме, факсимил и бр. телефона лекара: Boban Mikic 065 765 43 21

Пре давања вакцине прегледати особу и упознати је са користима и о могућим
нежељеним реакцијама после вакцинације. Обавезно уписати сваку дату вакцину
и све тражене податке у овај образац и податке унети у лични картон о извршеним
имунизацијама и здравствени картон.

Назив вакцине	Датум давања вакцине (V1 i V2)	Начин давања вакцине	Екстремитет	Серија вакцине (лот)	Произвођач	Нежељена реакција
Pfizer- BioNTech	2022-02-17	IM	desna ruka	1	Pfizer	

Привремене контраиндикације (датум утврђивања
и дијагноза): 2022-02-17 | Povišena temperatura

Одлука комисије за трајне контраиндикације