

**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	2022-02-15	IM	desna ruka	1	Pfizer	

Привремене контраиндикације (датум утврђивања  
и дијагноза): 2022-02-15 | Povišena temperatura

Одлука комисије за трајне контраиндикације