САГЛАСНОСТ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ПРЕПОРУЧЕНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

(попуњава пацијент)

Држављанство:

Презиме: Gradjic | Име: Gradjica | Име родитеља: Milenko Пол: Muski | Датум рођења: 2000-10-10 | Место: Novi Sad Адреса (улица и број): Jevrejska 55 | Место/Насеље Novi Sad

Општина/Град Novi Sad| **Тел. фиксни** 021 120 456 **Тел. мобилни** 065 120 45 67| **имејл** gradjica@maildrop.cc

Радни статус Zaposlen

Занимање запосленог: prosveta

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 ПОТПИССССССС и датум

ЕВИДЕНЦИЈА О ВАКЦИНАЦИЈИ ПРОТИВ COVID-19

(попуњава здравствени радник)

Здравствена установа Вакцинацијски пункт

Име, презиме, факсимил и бр. телефона лекара:

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.

1 1 2)	Назив вакцине	Датум давања вакцине (V1 i V2)	Начин давања вакцине	вакцине	ПроизвођачНежељена реакција	
--------	------------------	--	----------------------------	---------	--------------------------------	--

Привремене контраиндикације (датум утврђивања и дијагноза):

Одлука комисије за трајне контраиндикације