

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 Да | 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 ПОТПИСИ 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