HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT 12 ÉS 18 ÉV KÖZÖTTI SZEMÉLYEK RÉSZÉRE COVID-19 FERTŐZÉS ELLENI VAKCINA BEADÁSÁHOZ

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!

|  |  |
| --- | --- |
| Páciens/gyermek neve: |  |
| Születési dátum: |  |
| TAJ szám: |  |
| Lakcím: |  |
| Telefonszám: |  |
| e-mail cím: |  |
| A törvényes képviselő (szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő vagy gyám) illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. § (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve éstelefonszáma: | Név:Telefonszám: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Igen** | **Nem** |
| Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.) |  |  |
| Amennyiben igen, kérem sorolja fel:……………………………………………………………………………………………………….. |
| Rendszeresen szed gyógyszert? |  |  |
| Amennyiben igen, kérem sorolja fel: |
| Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb, etc.)? |  |  |
| Amennyiben igen, kérem sorolja fel: |
| Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte? |  |  |
| Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? |  |  |
| Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akutlázas betegség kizáró ok) |  |  |
| Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban? (Megjegyzés: elektív műtét után oltható) |  |  |
| Az elmúlt időszakban történt-e bármilyen egészségügyi kezelés, beavatkozás önnél? |  |  |
| Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik? |  |  |
| Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést (i.e. kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek) |  |  |
| Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása? |  |  |
| Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben? |  |  |
| Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? |  |  |
| Jelenleg van-e bármilyen panasza? |  |  |
| Egyéb (jelenleg várandós-e vagy tervez-e várandósságot 3 hónapon belül, szoptat-e): |  |  |

Amennyiben a gyermek előzetesen megnevezte azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §

(6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján megtett nyilatkozat eredeti vagy hiteles másolati példányának bemutatásával igazolom, hogy a gyermek helyett jogosult vagyok beleegyező nyilatkozatot tenni.

Budapest, 2021.…………………….

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………… | ……………………………………………………………………………. |
| **A gyermek aláírása (12 év felett)** | **Törvényes képviselője/beleegyezési jogot gyakorló személy aláírása** |