



VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU PRED CEPLJENJEM IN IZJAVA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Telefonska številka: _____

Spoštovani,

prosimo vas, da izpolnite vprašalnik o vašem zdravstvenem stanju pred cepljenjem in podpišete privolitev v cepljenje.

	DA	NE
Ali menite, da ste trenutno zdravi?		
Ali ste v zadnjem tednu preboleli kakšno bolezen ali imeli povišano tel. temperaturo nad 38°C? Če DA, kaj ste preboleli? _____		
Ali imate kakšno kronično obolenje? Če DA, katero? _____		
Ali imate alergijo na zdravila (npr. antibiotik, ...)? Če DA, na katero zdravilo? _____		
Ali imate drugo znano alergijo (npr. jajca, ...)? Če DA, na kaj? _____		
Ali ste imeli kdaj hujšo reakcijo po cepljenju? Če DA, kakšno? _____		
Ali ste bili v zadnjih 14 dneh cepljeni proti katerikoli bolezni?		

Spodaj podpisani/a se strinjam s cepljenjem, razumem pomen in posledice privolitve v cepljenje.

Cepil/-a se bom proti (ustrezno obkrožite):

- COVID-19, odmerek _____
- Gripi
- Klopnemu meningoencefalitisu (KME), odmerek _____
- Pneumokoknim okužbam
- Hepatitisu B
- Drugo:

(podpis pacienta/ke)

žig ustanove

Datum: _____