

POSKYTOVATEĽ ZS (vyplniť).....

**Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov**

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť	
Rodné číslo	
Bydlisko (ulica, č. domu, mesto, PSČ)	
Telefónne číslo / email (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie)	

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

.....  
.....

Navrhovaný (plánovaný) výkon prevencie:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) je mRNA – nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia. V prípade dodatočnej tretej dávky pre imunokompromitované osoby sa jedná o súčasť základnej očkovacej schémy. Posilňovacia tretia dávka vakcíny je odporúčaná pre imunokompetentné osoby najskôr po 6 mesiacoch po podaní základnej očkovacej schémy.

Dolu podpísaný/á .....  
potvrďujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného výkonu prevencie, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv.

Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch pracoviska .....(doplniť očkovacie miesto)

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Taktiež potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o možných kontraindikáciách v súvislosti s podaním vakcíny, ktorými sú precitlivosť na niektorú zložku vakcíny alebo akútne horúčkové ochorenie. Bližšie informácie o očkovacej látke môžete nájsť v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné získať na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch pracoviska .....(doplniť očkovacie miesto).

**Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným výkonom prevencie SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM.**<sup>1</sup> Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.


Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na..... (doplniť očkovacie miesto) bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na.....(doplniť očkovacie miesto) trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.


V ..... dňa ..... čas .....

.....  
podpis a otláčok pečiatky lekára

.....  
podpis osoby, ktorej sa poskytuje  
zdravotná starostlivosť

<sup>1</sup> nehodiace sa preškrtnúť

 <b>MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY</b>		<b>ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA</b>	
<i>Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</i>			
<b>IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA</b>			
Meno:		Priezvisko:	Rodné číslo:
Dátum a čas očkovania:			
<b>ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA</b>			
<b>OTÁZKA</b>	<b>ÁNO</b>	<b>NIE</b>	
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)			
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?			
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?			
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny?			
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?			
Ste tehotná ?			
Dátum:		Podpis očkovaného / očkovanej:	
Dátum:		Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:	

 <b>MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY</b>		<b>ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA</b>	
<i>Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</i>			
<b>IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA</b>			
Meno:		Priezvisko:	Rodné číslo:
Dátum a čas očkovania:			
<b>ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA</b>			
<b>OTÁZKA</b>	<b>ÁNO</b>	<b>NIE</b>	
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)			
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?			
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?			
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny?			
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?			
Ste tehotná ?			
Dátum:		Podpis zákonného zástupcu očkovaného / očkovanej:	
Dátum:		Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:	

