

Meno, priezvisko pacienta:

Trvale bytom (ulica, číslo domu, mesto, PSČ) pacienta:

Rodné číslo pacienta:

Zdravotná poisťovňa pacienta:

Tel. č. / e-mail pacienta:

(pre prípad potreby predvolania na následné/kontrolné vyšetrenie)

Názov všeobecného lekára pre dospelých / detí a dorast pacienta:

Kód očkovačieho miesta pacienta:

Por. č.	Otázka	Áno	Nie
1.	Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčná hnačka, bolesti hrdla, strata čuchu, chuti), prípadne iné uveďte:		
2.	Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie alebo iné)?		
3.	Mali ste v minulosti závažnú alergickú reakciu (napr. anafylaktický šok)?		
4.	Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody (účinky) po podaní vakcíny?		
5.	Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofilie) alebo užívate lieky ovplyvňujúce zrážanlivosť (tzv. antikoagulancia)?		
6.	Ste tehotná?		
7.	V prípade nutnosti uveďte ďalšie relevantné údaje týkajúce sa Vášho zdravotného stavu:		

Dolu podpísaný/á potvrdzujem svojim podpisom, že som uviedol/a pravdivé informácie v tomto Dotazníku pacienta a nezatajil/a som žiadne zásadné a relevantné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu, ktoré by mohli mať vplyv na očkovanie alebo na môj zdravotný stav po očkovaní.

Dolu podpísaný/á potvrdzujem svojim podpisom, že som si prečítal/a dokument Stručná informácia pre pacienta o očkovaní, priebehu očkovania a možných ťažkostiach po očkovaní a jeho obsahu som porozumel/a.

V Žiline, dňa

.....
podpis pacienta
(prípadne jeho zákonného zástupcu)



**CERTIFIKOVANÉ
PRACOVISKO**

ŽILPO, s.r.o.
Vysokoškolákov 31 | 010 08 Žilina | Slovenská republika
IČO: 36402630 | DIČ: 2020099796 | IČ DPH: SK2020099796
Tel.: +421 (41) 562 70 99 | 562 70 11
E-mail: covid@zilpo.sk | Web: www.zilpo.sk

Obchodný register vedený pri Okresnom súde v Žiline, Oddiel: Sro, Vložka číslo 13290/L

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta

v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov
(ďalej len „súhlas“)

I.

Identifikačné údaje osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť

Meno, priezvisko:

Trvale bytom (ulica, číslo domu, mesto, PSČ):

Rodné číslo:

Tel. č. / e-mail:

(pre prípad potreby predvolania na následné/kontrolné vyšetrenie)

Kód / názov zdravotnej poisťovne:

Názov všeobecného lekára pre dospelých / pre deti a dorast:

Kód očkovačieho miesta:

II.

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavv ochorenia a iné anamnestické údaje pacienta:

.....
.....
.....
.....

III.

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu tvorbu bielkoviny vírusu, 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.

IV.

Informovaný súhlas pacienta

Dolu podpísaný/á

.....
potvrdzujem svojím podpisom, že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnosticko-liečebného výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska ŽILPO, s.r.o.



CERTIFIKOVANÉ
PRACOVISKO

ŽILPO, s.r.o.
Vysokoškolákov 31 | 010 08 Žilina | Slovenská republika
IČO: 36402630 | DIČ: 2020099796 | IČ DPH: SK2020099796
Tel.: +421 (41) 562 70 99 | 562 70 11
E-mail: covid@zilpo.sk | Web: www.zilpo.sk

Obchodný register vedený pri Okresnom súde v Žiline, Oddiel: Sro, Vložka číslo 13290/L

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

Potvrdzujem svojim podpisom, že lekárovi, ktorý mi poskytuje zdravotnú starostlivosť, som nezatajil/a žiadne vážne ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil/a, prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované /doplniť, ak bolo/:

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnosticko-liečebným výkonom:

SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM.*

** nehodiace preškrtnúť*

Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Bol/a som tiež poučený/á, že za účelom riadneho poskytovania zdravotnej starostlivosti mojím všeobecným lekárom pre dospelých/všeobecným lekárom pre deti a dorast, mám povinnosť mu skutočnosť o vykonanom diagnosticko-liečebnom výkone oznámiť.

Pokiaľ by vyššie uvedený navrhovaný preventívno diagnosticko-liečebný úkon nebol z kapacitných dôvodov možné vykonať v ŽILPO, s.r.o. bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedený výkon v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v ŽILPO, s.r.o. trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V Žiline dňa

čas hod.

.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje
zdravotná starostlivosť
(prípadne jej zákonného zástupcu)



**CERTIFIKOVANÉ
PRACOVISKO**

ŽILPO, s.r.o.
Vysokoškolákov 31 | 010 08 Žilina | Slovenská republika
IČO: 36402630 | DIČ: 2020099796 | IČ DPH: SK2020099796
Tel.: +421 (41) 562 70 99 | 562 70 11
E-mail: covid@zilpo.sk | Web: www.zilpo.sk

Obchodný register vedený pri Okresnom súde v Žiline, Oddiel: Sro, Vložka číslo 13290/L