

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT 16 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:	
törvényes képviselő (szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő vagy gyám) illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §-ának (6) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve:	

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):		
Ha igen, kérem sorolja fel, mi az: ..... ..... .....		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Ha igen, kérem sorolja fel: ..... .....		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Ha igen, kérem sorolja fel: ..... .....		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?		

<b>Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!)</b>		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
<b>Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt COVID-19 fertőzés kizáró ok.)</b>		
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, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést?		
Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérbetegségben, fokozott vérzékenységben?		
<b>Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?</b>		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Ha igen, kérem sorolja fel: ..... .....		
<b>Jelenleg várandós-e?</b>		
<b>Tervez-e várandóságot 3 hónapon belül?</b>		
<b>Szoptat-e?</b>		

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §-ának (6) bekezdése alapján megtett nyilatkozat eredeti vagy hiteles másolati példányának bemutatásával igazolom, hogy a gyermek helyett jogosult vagyok beleegyező nyilatkozatot tenni.

Budapest, 20 .....

.....  
a gyermek aláírása (12 év felett)

.....  
törvényes képviselője/beleegyezői jogot gyakorló  
személy aláírása