


	MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY	ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA
<p>Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti BIONT, a. s., ul. Karloveská č. 63, 842 29 Bratislava</p>		
<p><small>BIONT, a. s. Karloveská 63 842 29 Bratislava IČO: 35917571</small></p> <p>BIONT  OČKOVACIE CENTRUM www.biont.sk</p>		
IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA		
Meno:	Priezvisko:	Rodné číslo:
Dátum a čas očkovania:		
ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA		
OTÁZKA	ÁNO	NIE
Boli ste už očkovaná/ý proti COVID-19?		
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašľávaním 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) ?		
Pre ženy: Ste tehotná ?		
Dátum:		
Podpis očkovaného / očkovanej:		
Dátum:		
Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:		

	MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY	ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA
<p>Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti BIONT, a. s., ul. Karloveská č. 63, 842 29 Bratislava</p>		
<p><small>BIONT, a. s. Karloveská 63 842 29 Bratislava IČO: 35917571</small></p> <p>BIONT  OČKOVACIE CENTRUM www.biont.sk</p>		
IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA		
Meno:	Priezvisko:	Rodné číslo:
Dátum a čas očkovania:		
ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA		
OTÁZKA	ÁNO	NIE
Boli ste už očkovaná/ý proti COVID-19?		
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašľávaním 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) ?		
Pre ženy: Ste tehotná ?		
Dátum:		
Podpis očkovaného / očkovanej:		
Dátum:		
Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:		

