

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	Meno:	Priezvisko:
Rodné číslo / Zdravotná poisťovňa	Rod. č.:	Zdravotná poisťovňa:
Bydlisko (ulica, č. domu, mesto, PSČ)	Bydlisko:	PSČ:
Mobilné číslo / email (pre prípad potreby predvolania a COVID PASSu)	Mobil (nie pevná linka):	e-mail:

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

.....

.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

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 diagnostického výkonu, 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 a v priestoroch pracoviska *Výjazdovej o kovacej služby Prešovského samosprávneho kraja*.

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 a v priestoroch pracoviska *Výjazdovej očkovacej služby Prešovského samosprávneho kraja*.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickým výkonom SÚHLASÍM - NESÚHLASÍM¹.
Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať v priestoroch *Výjazdovej očkovacej služby Prešovského samosprávneho kraja* bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v týchto priestoroch 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

¹ nehodiace sa preškrtnúť



Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (pečiatka):

IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA

Meno:

Priezvisko:

Rodné číslo:

Dátum a čas očkovania:

ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA

OTÁZKA	ÁNO	NIE
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 ?		
Boli ste už očkovaný/á vakcínou proti ochoreniu COVID-19? Ak ÁNO, akou vakcínoudávka:..... a kedy:		
Prekonali ste ochorenie COVID-19? Ak ÁNO, dátum		

Potvrdzujem svojím podpisom, že som uviedol/a pravdivé informácie v tomto dotazníku 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. Svojím podpisom ďalej potvrdzujem, že som si prečítal Písomnú informáciu pre používateľa o očkovaní, priebehu očkovania a možných ťažkostiach po očkovaní a jeho obsahu som porozumel/a.

Dátum:

Podpis očkovaného / očkovanej:

Dátum:

Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka: