

## HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT 12 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:		
A törvényes képviselő (szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő vagy gyám) illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. § (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve és telefonszáma:	Név:	
	Telefonszám:	

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? <i>(cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.)</i>		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel: .....		
Rendszeresen szed gyógyszert?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel: .....		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb, etc.)?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel: .....		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? <i>(Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!)</i>		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		

	Igen	Nem
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? <i>(Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok)</i>		
Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban? <i>(Megjegyzés: elektív műtét után oltható)</i>		
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 <i>(i.e. kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek)</i>		
Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Egyéb <i>(jelenleg várandós-e vagy tervez-e várandósságot 3 hónapon belül, szoptat-e):</i>		

Amennyiben a gyermek előzetesen megnevezte azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. § (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján megtett nyilatkozat eredeti vagy hiteles másolati példányának bemutatásával igazolom, hogy a gyermek helyett jogosult vagyok beleegyező nyilatkozatot tenni.

Budapest, 2021.....

.....  
**A gyermek aláírása**  
**(12 év felett)**

.....  
**Törvényes képviselője/beleegyezői**  
**jogot gyakorló személy aláírása**