

VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU PRED CEPLJENJEM IN
IZJAVA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE

Želim se cepiti proti (ustrezno obkroži)

SEZONSKI GRIPI

COVID-19

Ostalo: _____

Ime in priimek pacienta: _____ rojen/a: _____

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?		
2.	Ali ste prehlajeni?		
3.	Ali kašljate?		
4.	Vas boli v grlu, žrelu?		
5.	Imate spremenjen okus ali vonj?		
6.	Ali se počutite bolnega? Ste slabega počutja?		
7.	Imate bolečine v mišicah?		
8.	Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		
9.	Ste imeli v zadnjih 3 mesecih morda pozitiven bris na Covid-19?		
10.	Ali jemljete antibiotik?		
11.	Ali ste bili v zadnjih 14 dneh cepljeni proti katerikoli bolezni?		
12.	Ali imate kakršnokoli alergijo na zdravila? Ste imeli kdaj reakcijo po cepljenju? Ali imate alergijo na jajca?		

****V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto PO TELEFONU.***

Telesna temperatura (izpolni zaposleni ZD NM): _____

Potrjujem, da sem seznanjen/-a, da:

- Sem dolžen/-a dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oz. zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične podatke v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem¹.
- Se s podpisom strinjam z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ². Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta ustna pojasnila.
- S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb.

Podpis pacienta/pacientke: _____

Datum: _____

¹ V skladu s 54. členom Zakona o nalezljivih boleznih je navajanje neresničnih podatkov prekršek in skladno s 177. členom Kazenskega zakonika kaznivo.

² <http://www.nijz.si/pojasnilna-dolznost-pred-cepljenjem>