



Informovaný souhlas

Očkovací látka:

Jméno + příjmení:

Datum narození:

Měl/a jste někdy alergickou reakci po očkování?

Ne

Ano,.....

Máte alergii na vajíčka, drůbeží bílkovinu nebo na jiné látky, které jsou obsahem této vakcíny (Formaldehyd, Neomycin, Octoxynol-9)?

Ne

Ano,.....

Měla jste jinou vakcinaci v minulých 4 týdnech ?

Ne

Ano,.....

Máte momentálně nějaký druh akutní infekce doprovázené horečkou?

Ne

Ano,.....

Máte v současné době nějaké intenzivní příznaky chronické nemoci?

Ne

Ano,.....

Máte poruchu imunitního systému?

Ne

Ano,.....

Otázka pro ženy: Jste těhotná?

Ne

Ano,.....

Beru na vědomí, že po očkování je nutné vyčkat 30 min v čekárně.

V Praze dne:

Podpis:.....



Informed consent to vaccination

Vaccine:

Name, surname:

Date of birth:

Have you ever had an allergic reaction after vaccination?

- No
 If so,
when.....

Do you have any allergy to eggs, poultry protein or other substances that contain this vaccine (Formaldehyde, Neomycin, Octoxynol-9)?

- No
 Yes,.....

Have you had any other vaccination in the last 4 weeks? No

- Yes,

Do you currently have any type of acute infection with fever?

- No
 Yes,.....

Do you currently have some intense symptoms of chronic disease?

- No
 Yes,.....

Do you have an immune system disorder?

- No
 Yes,

Question for Women: Are You Pregnant?

- No
 Yes,.....

I understand that it is necessary to wait 30 minutes in the waiting room after vaccination.

In Prague on:.....

Signature:.....

