

**HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT 12-18 ÉVES SZEMÉLYEK RÉSZÉRE
COVID-19 FERTŐZÉS ELLENI VAKCINA HARMADIK DÓZISÁNAK
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. §-ának (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve és telefonszáma:*	Név: Telefonszám:

*** 18. életévét betöltött személyek esetében nem szükséges kitölteni**

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?		
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 1. oltását? Oltás dátuma:		
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 2. oltását? Oltás dátuma:		
A COVID-19 elleni oltás(oka)t követően volt-e súlyos oltási reakciója pl. thrombosis?		

