



**VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU PRED CEPLJENJEM IN
IZJAVA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE¹**

Ime in priimek: _____, Dat. rojstva: _____

Spoštovani!

Vljudno vas prosimo, da izpolnite vprašalnik o zdravstvenem stanju pred cepljenjem v naši ustanovi in podpišete privolitev v cepljenje.

Ali menite, da ste trenutno zdravi?	DA	NE
Ali ste v zadnjih 3 tednih preboleli kakšno bolezen ali jemali zdravila (antibiotike)? Če DA, kaj ste preboleli/jemali? _____	DA	NE
Ali imate kakšno kronično bolezen? Če DA, obkrožite katero (astma, KOPB, arterijske hipertenzija, obolenje srca, revmatoidni artritis, rak, levkemija, epilepsija, obolenje kože, drugo). _____	DA	NE
Ali ste v zadnjih 3 mesecih prejeli večje odmerke kortikosteroidov, zdravil proti raku ali imeli obsevanje? Če DA, kaj ste prejeli? _____	DA	NE
Ali imate alergijo na zdravila: Če DA, na katero zdravilo? _____	DA	NE
Ali ste imeli kdaj hujšo reakcijo po cepljenju? Če DA, kakšno? _____	DA	NE

Strinjam se z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ² in ZD Kamnik. Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta ustna pojasnila. Cepil/a se bom proti COVID-u.

PODPIS PACIENTA/PACIENTKE:

IZPOLNI ZDRAVNIK

Dodatna anamneza:

Status:

Ime cepiva, način aplikacije, mesto cepljenja:

PODPIS IN ŽIG ZDRAVNIKA:

¹ Fotokopijo izjave o privolitvi prejme pacient na njegovo zahtevo

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