



6252

CEPILNI VPRAŠALNIK

IZPOLNI CEPLJENI NA CEPILNEM MESTU

Last name, first name

Priimek in ime:

Clinica /Center / Service

Klinika / Center / Služba:

študent UL MF

Date of birth

Datum rojstva:

Clinical department

Klinični oddelek:

Employed at UKC

other

Status: zaposleni v UKCL drugo

Contraindications (please mark)

Kontraindikacije (označite)

 History of anaphylactic reaction
 DA / NE Anafilaktična reakcija v anamnezi

 Are you pregnant?
 DA / NE Ali ste noseči

 Could you be pregnant or are you planning a pregnancy?
 DA / NE Bi lahko bili noseči oziroma načrtujete nosečnost v naslednjih treh mesecih

Health condition before vaccination (please mark)

Zdravstveno stanje pred cepljenjem (označite):

 Sem zdrav / zdrava I am healthy Imam vročino I have fever Imam simptome akutne okužbe I have symptoms of acute infection drugo (navedite): other

Potrdujem, da sem prejel vse potrebne informacije v zvezi s potekom cepljenja, cepivom, učinki cepljenja, verjetnostjo uspeha, koristih in tveganjih cepljenja, neželenih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih cepljenja, vključno s posledicami njegove opustitve, vedenjem po cepljenju. Potrdujem tudi, da sem na cepilnem mestu lahko postavljaj vprašanja in nanje dobil odgovore ter s podpisom potrjujem, da privolim v cepljenje proti Covid 19.

Podpis cepljene osebe:

IZPOLNI ZDRAVSTVENI DELAVEC, KI JE ČLAN CEPILNE EKIPE

Datum cepljenja:

Čas (ura, min.) cepljenja

Mesto cepljenja:

Cepivo:

COVID 19 Vaccine AstraZeneca

 leva rama desna rama drugo:

1. Doza

2. Doza

Podpis člana cepilne ekipe: