**jméno a příjmení dítěte**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**datum narození dítěte**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**telefonní číslo / email**

**zákonného zástupce** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tento dotazník slouží lékaři ke zhodnocení okolností **zdravotního stavu** Vašeho dítěte, které by mohly mít vliv na očkování proti onemocnění COVID-19.

Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůže být dítě očkováno. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **NE** |
| * Cítí se Vaše dítě v tuto chvílí nemocné? Má nějaké známky nemoci? | **🞏** | **🞏** |
| * Prodělalo Vaše dítě onemocnění COVID-19? | **🞏** | **🞏** |
| * Bylo Vaše dítě již očkováno proti onemocnění COVID-19? | **🞏** | **🞏** |
| * Mělo Vaše dítě někdy závažnou alergickou reakci po očkování? | **🞏** | **🞏** |
| * Má Vaše dítě nějaké chronické onemocnění nebo trvalou medikaci? | **🞏** | **🞏** |
| * Má Vaše dítě nějakou závažnou poruchu imunity? | **🞏** | **🞏** |
| * Absolvovalo Vaše dítě v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování? Plánujete v blízké budoucnosti nějaké očkování? | **🞏** | **🞏** |

*Pozn. O provedeném očkování informujte praktického lékaře svého dítěte.*

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékaři **nezamlčel/a žádné informace** o zdravotním stavu dítěte a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | datum |  | datum |  |
|  | podpis zákonného zástupce |  | Podpis a razítko lékaře |  |