HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT 12 ÉV FELETTI SZEMÉLYEK RÉSZÉRE ISKOLAI OLTÁSI KAMPÁNY KERETÉBEN VALÓ COVID-19 FERTŐZÉS ELLENI VAKCINA 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 tanulók 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?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!)		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		

Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok)		
Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban? (Megjegyzés: elektív műtét után oltható.)		
Az elmúlt időszakban történt-e bármilyen egészségügyi kezelés, beavatkozás önnél?		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést? (i.e.: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek)		
Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Egyéb (Jelenleg várandós-e vagy tervez-e várandósságot 3 hónapon belül, szoptat-e):		

Amennyiben a gyermek előzetesen megnevezte azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §-nak (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján megtett nyilatkozat eredeti vagy hiteles másolati példányának bemutatásával igazolom, hogy a gyermek helyett jogosult vagyok beleegyező nyilatkozatot tenni. **

****18. életévét betöltött személyek esetében nem alkalmazandó**

……., 2021…….

…… ……

A gyermek aláírása (12 év felett) **Törvényes képviselője/beleegyezési jogot gyakorló személy aláírása**

……

Aláírás***

***** Nagykorú tanulók esetében saját aláírásuk helye**