

## VPRAŠALNIK in SOGLASJE ZA CEPLJENJE PROTI COVID-19

IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_  
 DATUM ROJSTVA: \_\_\_\_\_  
 NASLOV: \_\_\_\_\_  
 TELEFON: \_\_\_\_\_

### VPRAŠALNIK:

<b>Ali ste (po vaši presoji) trenutno zdravi – ne prebolevate nobene akutne bolezni?</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
<b>Ali ste v zadnjih treh tednih preboleli kakšno akutno bolezen ali jemali antibiotike?</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
<b>Ste imeli po predhodnem cepljenju hudo alergično reakcijo?</b>	DA	NE
Če ste obkrožili DA, navedite kaj je bilo:		
<b>Ali ste po predhodnem cepljenju imeli kake druge zaplete?</b>	DA	NE
Če ste obkrožili DA, navedite katere:		
<b>Ali imate znano alergijo na farmacevtske in kozmetične izdelke.</b>	DA	NE
Če ste obkrožili DA, navedite na kaj:		
<b>Ali ste v zadnjih treh mesecih prejeli zdravila proti raku, zdravila, ki zavirajo imunski sistem v visokih odmerkih ali imeli obsevanje?</b>	DA	NE
Če ste obkrožili DA, navedite katera zdravila ste prejeli:		
<b>Ali ste bili cepljeni proti kaki drugi bolezni v zadnjih 14 – ih dneh?</b>	DA	NE
Če ste obkrožili DA, proti kateri bolezni?		
<b>Ali ste že preboleli Covid 19?</b>	DA	NE
Kdaj?		
<b>Ali ste že bili cepljeni proti covid 19 ?</b>	DA	NE
Obkrožite s katerim cepivom ste bili cepljeni.  Pfizer / Moderna / AstraZeneca / Janssen / drugo: _____		

### **SOGLASJE ZA CEPLJENJE IN OBDELAVO OSEBNIH PODATKOV IZKLJUČNO V NAMEN CEPLJENJA COVID-19**

(Izpolni bolnik ali svojec/skrbnik v primeru, da bolnik ni zmožen podati soglasja)

**Podpisani /a soglašam s cepljenjem proti COVID 19 s cepivom (obkrožite) in obdelavo osebnih podatkov.**

Pfizer – BioN Tech / COMIRNATY

AstraZeneca

Moderne

Janssen

**Pisno in ustno sem seznanjen/a s potrebnimi ukrepi v primeru pojava stranskih pojavov po cepljenju.**

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_