

Osobni podaci o osobi koja se cijepi

Prezime*

Ime*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 znamenki)*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*

Spol:* žensko muško različito inter otvoreno nema unosa

Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, stubište, broj vrata)

Telefonski broj

Adresa e-pošte

Ev. ime zakonskog zastupnika

Molimo odgovorite na sljedeća pitanja

Označiti odgovarajuće

1. Jeste li u posljednjih 6-8 mjeseci bolovali od COVID-19, što je potvrđeno PCR testiranjem?

Da Ne

Ako da, kada?

2. Jeste li bili oboljeli ili bolujete u zadnjih 7 dana od akutne bolesti ili infekcije? (npr. vrućica, kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)?

Da Ne

Ako da, od čega?

3. Jeste li već nekada imali alergijski šok s padom krvnog tlaka, teškim disanjem ili kolapsom?

Da Ne

Ako da, na što?

4. Provodi li se trenutačno imunoterapija specifična za alergiju / hiposenzibilizacija?

Da Ne

Kada je bilo posljednje davanje?

Kada je planirano sljedeće davanje?

5. Je li u prošlosti nakon cijepljenja bilo tegoba ili nuspojava (s iznimkom lakših lokalnih reakcija poput crvenila, otekline, bolova na mjestu uboda ili lagane vrućice)?

Da Ne

Ako da, nakon kojeg cijepljenja i koje?

6. Uzimate li redovito lijekove koji razrjeđuju krv?

Da Ne

Ako da, koje?

7. Postoje li teške ili kronične bolesti (npr. imunodeficijencija, karcinom, autoimuno oboljenje, smetnja zgrušavanja krvi, kronične upalne bolesti)?

Da Ne

Ako da, koje?

8. Provodi li se trenutačno kemo i/ili terapija zračenjem ili uzimate lijekove koji slabe imunitet

Da Ne

(npr. kortizon)?

Ako da, koje?

9. Je li planiran operativni zahvat?

Da Ne

Ako da, kada?

10. Je li u zadnja 4 tjedna bilo drugih cijepljenja?

Da Ne

Ako da, koja i kada?

11. Jeste li trudni?

Da Ne

Ako da, koji tjedan trudnoće?

Izjava o suglasnosti

Nakon cijepljenja protiv COVID-19 često se javljaju reakcije na cjepivo koje se obično samostalno povuku nakon nekoliko dana. Na mjestu uboda mogu se vrlo često javiti bolovi, crvenilo i oteklina. Osim toga, vrlo često se može javiti umor, glavobolja, bolovi u mišićima ili zglobovima, oticanje limfnih čvorova, mučnina/povraćanje, groznica ili vrućica. Vrlo često znači da je pogođeno više od 1 od 10 cijepljenih osoba. O detaljima pogledajte priložene informacije o uporabi. Ako imate pitanja, obratite se svom liječniku.

Svojim potpisom potvrđujem:

- da sam pročitao/la i razumio/la informacije o uporabi navedenog cjepiva ili mi je to dovoljno objašnjeno. Mogao/la sam se tamo informirati o mogućim nuspojavama i okolnostima koje ne idu u prilog mom cijepljenju.
- da time dovoljno razumijem korist i rizik cijepljenja te mi stoga nije potreban daljnji osobni razgovor,
- da sam suglasan/na s provedbom besplatnog cijepljenja, i
- da sam informiran/na o tome da je obrada mojih osobnih podataka u registru cijepljenja u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzzerklaerung>).



Ako NISTE suglasni s cijepljenjem ili trebate dodatno objašnjenje od liječnika, onda NE POTPISUJTE ovu Izjavu o suglasnosti.

Za maloljetne (djeca prije navršene 14. godine života) ili osobe koje nisu sposobne odlučivati potrebna je suglasnost zakonskog zastupnika (skrbnik ili zastupnik odraslih/opunomoćenik za skrb) osobe koja se cijepi. Mladi moraju samostalno pristati, ako su sposobni za odlučivanje.

Datum (TT.MM.GGGG) Potpis osobe koja se cijepi ili zakonskog zastupnika

Važne informacije: U slučaju pojave reakcija (mučnina, kolaps, alergija itd.), ostanite u blizini liječnika 20 minuta nakon cijepljenja radi vlastite sigurnosti.

Prijave nuspojava mogu podnijeti cijepljene osobe / njihovi rođaci, a nadležan liječnik i ljekarnik to su čak dužni to učiniti.

Ako sumnjate na nuspojave, obratite se svom liječniku ili ljekarniku, prijavite ih izravno na <https://www.basg.gv.at> ili kontaktirajte 0800 555 621.



Ispunjavanje službe za cijepljenje

Služba za cijepljenje/organizacija (broj ugovornog partnera, ako postoji)* Prostor za službene bilješke

Primljeno cjepivo:*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty
 Moderna: COVID-19 Vaccine Moderna
 AstraZeneca: COVID-19 Vaccine AstraZeneca
 Janssen: COVID-19 Vaccine Janssen
 Ostalo:

Doza cjepiva:*

1. doza
 2. doza

Pripremila treća osoba

- Lijeva nadlaktica
 Desna nadlaktica

Broj šarže (LOT ili Ch.B)*

Datum cijepljenja (TT.MM.GGGG)*

Ime odgovornog liječnika*

Ime osobe koja cijepi (ako nije odgovorni liječnik)

Građanka/gradžanin
ne može se jasno identificirati

Potpis odgovornog liječnika