

**Informativni vprašalnik pred cepljenjem**

ZD ZAGORJE

*Zaradi lažje izvedbe cepljenja Vas prosimo, da izpolnite kratek vprašalnik, ki se nanaša na Vaše trenutno zdravstveno stanje.*

*Po prejemu cepivu počakajte 20 minut v čakalnici ambulante.*

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

IZBRANI ZDRAVNIK:

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

Prosimo, da označite ustrezen odgovor:	DA	NE	Nimam podatka	Drugo
Ali trenutno prebolevate bolezen? Katero?				
Ali ste imeli v zadnjih 14 dneh povišano telesno temperaturo?				
Ali jemljete kakšna zdravila? Katera?				
Ali ste imeli kdaj alergijo na zdravila? Katera?				
Ali ste kdaj imeli reakcijo na cepivo?				
Ali ste bili v zadnjem mesecu že cepljeni?				
Ali se zdravite za kakšno od kroničnih bolezni, katero?				
Imate katere druge posebnosti, katerih nismo omenili?				
Ste v zadnjih 6 mesecih preboleli okužbo z virusom COVID-19?				

\*Za cepljenje potrebujete kartico zdravstvenega zavarovanja ter cepilno knjižico, v primeru, da je nimate jo dobite ob cepljenju.

Kraj in datum : \_\_\_\_\_

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

**Izpolni zdravstveni delavec:**

DATUM CEPLJENJA	IME PREPARATA/ SERIJA	ODMEREK	MESTO APLIKACIJE POT UPORABE CEPIVA	ZAVOD IN CEPITELJ