



## Dotazník - očkovací místo

Vážená pacientko, vážený paciente,

děkujeme za Váš zájem o očkování.

Prosíme Vás o vyplnění následujícího krátkého dotazníku.

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Jméno, příjmení:</b>      |  |
| <b>Datum narození:</b>       |  |
| <b>Rodné číslo:</b>          |  |
| <b>Zdravotní pojišťovna:</b> |  |
| <b>Kontaktní telefon:</b>    |  |

**Mám zájem o očkování proti (napíšte):** \_\_\_\_\_

**Datum posledního očkování proti této nemoci:** \_\_\_\_\_

**Měl/a jste někdy alergickou reakci na očkování nebo nesnášenlivost očkování?**

ANO, popíši:

NE

**Máte alergie? Pokud ano, jaké?**

ANO, tyto:

NE

**Máte nějaká onemocnění (např. diabetes, vysoký tlak, astma, onkologické onemocnění)?**

**Pokud ano, vypište**

ANO, vypiši níže:

NE

---

---

---

---

---