

NÉV: _____

SZÜLETÉSI IDŐ: _____

Jelenleg panaszmentes vagyok, hőemelkedésem, lázam az utóbbi 7 napon nem volt.

Torkom nem fáj, köhögésem, fulladásom nincs, hasi panaszom nincs, húgyúti panaszom nincs.

Autoimmun betegségben, epilepsziában, pánik betegségben, immunhiányos állapotban, rosszindulatú rákos betegségben, idegrendszeri betegségben, vérzékenységben nem szenvedek.

Szerv vagy szövet átültetésen nem estem át.

Nem szedek az utóbbi fél évben steroidot, immunszuppresszív szert, injekciós véralvadás gátlót vagy Syncumart, Marfarint, Warfarint, nem részesültem ez idő alatt sugár- vagy kemoterápiában.

Gyógyszer vagy tojásfehérje allergiáról nem tudok.

Terhesség jelenleg nem áll fenn nálam, az utóbbi egy hónapban műtétem nem volt, azt nem is terveznek a következő egy hónapban.

Vérkészítményt az utóbbi egy hónapban nem kaptam.

Korábban védőoltás beadásával kapcsolatban semmilyen probléma nem merült fel.

Kijelentem, hogy a fentiek a valóságnak megfelelnek, és kérem az influenza elleni _____ védőoltás beadását.

A védőoltás előnyeiről és kockázatairól szóló betegtájékoztatót elolvastam, megértettem, az oltó orvostól a tájékoztatást és kérdéseimre a felvilágosítást megkaptam. Tájékoztatót kaptam az oltási reakciókról és szövődményekről, továbbá a fellépésük esetén szükséges teendőkről és arról, hogy a védőoltás felvétele önkéntes, nem kötelező. Tudomásul veszem, hogy az oltás beadását követően 30 perc megfigyelés szükséges, ezt betartom. Amennyiben a kötelező megfigyelési idő lejártá előtt távozom, azt saját felelősségemre teszem. Mindezek alapján kérem sz influenza elleni védőoltás beadását.

Dátum:

Beteg aláírása:

NÉV: _____

SZÜLETÉSI IDŐ: _____

Jelenleg panaszmentes vagyok, hőemelkedésem, lázam az utóbbi 7 napon nem volt.

Torkom nem fáj, köhögésem, fulladásom nincs, hasi panaszom nincs, húgyúti panaszom nincs.

Autoimmun betegségben, epilepsziában, pánik betegségben, immunhiányos állapotban, rosszindulatú rákos betegségben, idegrendszeri betegségben, vérzékenységben nem szenvedek.

Szerv vagy szövet átültetésen nem estem át.

Nem szedek az utóbbi fél évben steroidot, immunszuppresszív szert, injekciós véralvadás gátlót vagy Syncumart, Marfarint, Warfarint, nem részesültem ez idő alatt sugár- vagy kemoterápiában.

Gyógyszer vagy tojásfehérje allergiáról nem tudok.

Terhesség jelenleg nem áll fenn nálam, az utóbbi egy hónapban műtétem nem volt, azt nem is terveznek a következő egy hónapban.

Vérkészítményt az utóbbi egy hónapban nem kaptam.

Korábban védőoltás beadásával kapcsolatban semmilyen probléma nem merült fel.

Kijelentem, hogy a fentiek a valóságnak megfelelnek, és kérem az influenza elleni _____ védőoltás beadását.

A védőoltás előnyeiről és kockázatairól szóló betegtájékoztatót elolvastam, megértettem, az oltó orvostól a tájékoztatást és kérdéseimre a felvilágosítást megkaptam. Tájékoztatót kaptam az oltási reakciókról és szövődményekről, továbbá a fellépésük esetén szükséges teendőkről és arról, hogy a védőoltás felvétele önkéntes, nem kötelező. Tudomásul veszem, hogy az oltás beadását követően 30 perc megfigyelés szükséges, ezt betartom. Amennyiben a kötelező megfigyelési idő lejártá előtt távozom, azt saját felelősségemre teszem. Mindezek alapján kérem sz influenza elleni védőoltás beadását.

Dátum:

Beteg aláírása: