

Poznámky lékaře nebo zdravotnického pracovníka (reagujete-li k výše uvedené otázce, uveďte komentář číslem otázky):

Očkovací látka může vyvolat nežádoucí účinky. Pokud se vyskytnou, jsou zpravidla lehké a odezní během několika málo dní. Časté očekávané reakce po očkování jsou bolestivost v místě vpichu, zarudnutí, zvětšení lymfatických uzlin, bolest hlavy, svalů, kloubů, zimnice nebo horečka, malátnost. Vzácnými reakci jsou závažná alergická reakce - anafylaktický šok a poruchy nervového systému (paréza n. facialis). V případě, že se u Vás vyskytne závažný nežádoucí účinek vakcíny, ev. neočekávaná reakce po očkování, informujte svého praktického lékaře nebo lékaře očkovacího centra.

Stejně jako v případě jiných očkovacích látek, ani tato očkovací látka nemusí plně ochránit očkováního proti nemoci, v současnosti se jedná o nejúčinnější prevenci onemocnění covid-19.

Pokud máte jakékoli otázky k očkovací látce nebo k očkování, zeptejte se prosím očkovacího lékaře.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
Bydliště:		

Plánovaný výkon:

Očkování proti nemoci covid-19	
Typ očkovací látky:	Dávka č.:

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis zdravotnického pracovníka

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: _____

_____ podpis pacienta(tky), zákonného zástupce, opatrovníka