

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
7.	nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromieniowanie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
8.	Czy choruje Pan/Pani na hemofilie lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			
9.	Czy rozpoznano u Pan/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?			
10.	Czy choruje Pan/Pani na hemofilie lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			

^a Odpowiedz TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia.
Odpowiedz TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza.

Pytania w miejscu szczepienia	
1.	Czy ma Pan/Pani wątpliwości do zadanych pytań?
2.	Czy uzyskał Pan/Pani odpowiedź na zadane pytania?

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

..... (czytelny podpis osoby kwalifikującej) Data:/godz.

Oświadczenie

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je rozumiem/zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i rozumiem/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

(*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 r.ż.)

..... Data i czytelny podpis

Zgoda opiekuna ustawowego

Ja (imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego) nr PESEL:
legitymujący/a się: seria: nr:
oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym (właściwe podkreślić):
..... data ur., nr PESEL:
..... (imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

..... i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19 w dniu:

..... Data i czytelny podpis

(podpis opiekuna prawnego)