

| Lp. | Pytania dotyczące stanu zdrowia   | Tak <sup>a</sup> | Nie | Nie wiem <sup>a</sup> |
|-----|---|------------------|-----|-----------------------|
|     | owada?  |                  |     |                       |
| 5.  | Czy u dziecka występuje zaostrzenie choroby przewlekłej?  |                  |     |                       |
| 6.  | Czy dziecko otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki z powodu nowotworu złośliwego (cytostatyczne), leki po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy? |                  |     |                       |
| 7.  | Czy dziecko choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?   |                  |     |                       |

a) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza kwalifikującego do szczepienia.

| Pytania w punkcie szczepień |   | Tak | Nie |
|-----------------------------|---|-----|-----|
| 1.                          | Czy nasunęły się wątpliwości do zadanych pytań? |     |     |
| 2.                          | Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania?      |     |     |

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

..... Data: ...../godz. ....  
(czytelny podpis lekarza)

**Zgoda przedstawiciela ustawowego**

Ja ..... PESEL: .....  
(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego)  
legitymujący/a się: ..... seria: ..... nr: .....  
(nazwa dokumentu tożsamości)  
oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:  
..... data ur....., PESEL:.....  
(imię i nazwisko/data urodzenia/PESEL osoby małoletniej)  
i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19 w dniu: .....

.....  
Data i czytelny podpis  
(podpis przedstawiciela ustawowego)