

**HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT 12 ÉV FELETTI SZEMÉLYEK RÉSZÉRE
ISKOLAI OLTÁSI KAMPÁNY KERETÉBEN VALÓ
COVID-19 FERTŐZÉS ELLENI VAKCINA BEADÁSÁHOZ**

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!

| | |
|--|--------------------------|
| Páciens/gyermek neve: | |
| Születési dátum: | |
| TAJ szám: | |
| Lakcím: | |
| Telefonszám: | |
| e-mail cím: | |
| A törvényes képviselő (szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő vagy gyám) illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §-ának (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve és telefonszáma:* | Név: Telefonszám: |

* 18. életévét betöltött tanulók esetében nem szükséges kitölteni

| | Igen | Nem |
|--|------|-----|
| Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.): | | |
| Amennyiben igen, kérem sorolja fel: | | |
| Rendszeresen szed-e gyógyszert? | | |
| Amennyiben igen, kérem sorolja fel: | | |
| Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? | | |
| Amennyiben igen, kérem sorolja fel: | | |
| Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszullete? | | |
| Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!) | | |
| Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? | | |

| | | |
|---|--|--|
| Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok) | | |
| Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban? (Megjegyzés: elektív műtét után oltható.) | | |
| Az elmúlt időszakban történt-e bármilyen egészségügyi kezelés, beavatkozás önnél? | | |
| Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik? | | |
| Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést? (i.e.: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek) | | |
| Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása? | | |
| Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben? | | |
| Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? | | |
| Jelenleg van-e bármilyen panasza? | | |
| Egyéb (Jelenleg várandós-e vagy tervez-e várandósságot 3 hónapon belül, szoptat-e): | | |

Amennyiben a gyermek előzetesen megnevezte azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §-nak (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján megtett nyilatkozat eredeti vagy hiteles másolati példányának bemutatásával igazolom, hogy a gyermek helyett jogosult vagyok beleegyező nyilatkozatot tenni. **

****18. életévét betöltött személyek esetében nem alkalmazandó**

....., 2021.....

.....
A gyermek aláírása (12 év felett)

.....
Törvényes képviselője/beleegyezési jogot gyakorló személy aláírása

.....
Aláírás***

***** Nagykorú tanulók esetében saját aláírásuk helye**