

Lični podaci o osobi koja se vakciniše

Prezime*

Ime*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 znamenki)*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*

Pol:* ženski muški različit inter otvoreno nema unosa

Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, stubište, broj vrata)

Telefonski broj

E-mail adresa

Ev. ime zakonskog zastupnika

Molimo odgovorite na sljedeća pitanja

Označiti odgovarajuće

1. Da li ste u zadnjih 6-8 mjeseci bolovali od COVID-19, koji je potvrđen sa PCR-om?

Da Ne

Ako da, kada?

2. Da li ste bili oboljeli ili bolujete u zadnjih 7 dana od akutne bolesti ili infekcije? (npr. povišena temperatura, kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)?

Da Ne

Ako da, od čega?

3. Da li ste već nekada imali alergijski šok sa padom krvnog pritiska, teškim disanjem ili kolaps?

Da Ne

Ako da, na šta?

4. Da li se trenutno provodi imunoterapija specifična za alergije / hiposenzibilizacija?

Da Ne

Kada je bilo zadnje uzimanje?

Kada je planirano sljedeće uzimanje?

5. Da li je u prošlosti nakon vakcinisanja bilo tegoba ili nuspojava (sa izuzetkom lakših lokalnih reakcija poput crvenila, otekline, bolova na mjestu uboda ili lagane temperature)?

Da Ne

Ako da, nakon kojeg vakcinisanja i koje?

6. Da li redovno uzimate lijekove koji prorjeđuju krv?

Da Ne

Ako da, koje?

7. Da li postoje teška ili hronična oboljenja (npr. imunodeficijencija, karcinom, autoimuna bolest, smetnja zgrušavanja krvi, hronična upalna oboljenja)?

Da Ne

Ako da, koje?

8. Da li se trenutno provodihemo i/ili terapija zračenjem i da li uzimate lijekove koji slabe imunitet (npr. kortizon)?

Da Ne

Ako da, koje?

9. Da li je planiran operativni zahvat?

Da Ne

Ako da, kada?

10. Da li je u zadnje 4 sedmice bilo drugih vakcinisanja?

Da Ne

Ako da, koja i kada?

11. Da li ste trudni?

Da Ne

Ako da, koja sedmica trudnoće?

Izjava o saglasnosti

Nakon vakcinisanja protiv COVID-19 često se javljaju reakcije na vakcinu koje obično samostalno nestanu nakon nekoliko dana. Na mjestu uboda mogu se vrlo često javiti bolovi, crvenilo i oteklina. Osim toga, vrlo često se može javiti umor, glavobolja, bolovi u mišićima ili zglobovima, oticanje limfnih čvorova, mučnina/povraćanje, groznica ili temperatura. Vrlo često znači da je pogođeno više od 1 od 10 vakcinisanih osoba. O detaljima pogledajte priložene informacije o korištenju. Ako imate pitanja, obratite se svom doktoru.

Svojim potpisom potvrđujem:

- da sam pročitao/la i razumio/la informacije o korištenju navedene vakcine ili mi je to dovoljno objašnjeno. Mogao/la sam se tamo informisati o mogućim nuspojavama i okolnostima koje su protiv mog vakcinisanja.
- time dovoljno razumijem korist i rizik od vakcinisanja pa mi zato nije potreban daljnji lični razgovor,
- sam saglasan/na sa provođenjem besplatnog vakcinisanja, i
- da sam informisan/na o tome da je obrada mojih ličnih podataka u registru vakcinisanja predviđena u skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Ako NISTE saglasni sa vakcinisanjem ili trebate dodatno objašnjenje od doktora, onda NEMOJTE potpisati ovu Izjavu o saglasnosti.

Za maloljetne (djeca prije navršene 14. godine života) ili osobe koje nisu sposobne odlučivati potrebna je saglasnost zakonskog zastupnika (skrbnik ili zastupnik odraslih/opunomoćenik za skrb) osobe koja se vakciniše. Mladi moraju samostalno pristati, ako su sposobni za odlučivanje.

Datum (DD.MM.GGGG) Potpis osobe koja se vakciniše ili zakonskog zastupnika

Važne informacije: U slučaju pojave reakcija (mučnina, kolaps, alergija itd.), ostanite u blizini doktora 20 minuta nakon vakcinisanja radi vlastite sigurnosti.

Prijave nuspojava mogu podnijeti vakcinisane osobe / njihovi rođaci, a nadležan doktor i apotekar su čak dužni to učiniti.

Ako sumnjate na nuspojave, obratite se svom doktoru ili apotekaru, prijavite ih direktno na <https://www.basg.gv.at> ili kontaktirajte 0800 555 621.



Ispunjavanje služba za vakcinisanje

Služba koja vakciniše/organizacija (broj ugovornog partnera, ako postoji)*

Prostor za službene bilješke

Dogovorena vakcina:*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty
 Moderna: COVID-19 Vaccine Moderna
 AstraZeneca: COVID-19 Vaccine AstraZeneca
 Janssen: COVID-19 Vaccine Janssen
 Ostalo:

Doza vakcine:*

1. doza
 2. doza

Priprema od treće strane

- Lijeva nadlaktica
 Desna nadlaktica

Broj šarže (LOT ili Ch.B)*

Datum vakcinisanja (DD.MM.GGGG)*

Ime odgovornog doktora*

Ime osobe koja vakciniše (ako nije odgovorni doktor)

Građanin/građanka
ne može se jasno identifikovati

Potpis odgovornog doktora