

Lični podaci vakcinisane osobe

Prezime*

Ime*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 cifara)*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*

Rod:*

ženski

muški

fluidni

interseksualni

otvoreni

bez izjašnjenja

Adresa (poštanski broj, mesto, ulica, broj kuće, sprat, broj stana)

Broj telefona

E-mail adresa

U slučaju potrebe ime zakonskog zastupnika

Molimo odgovorite na dole navedena pitanja

Pravilno izaberite

1. Da li ste u poslednjih 6-8 meseci imali **oboljenje COVID-19 potvrđeno PCR testom?**

Da

Ne

Ako je odgovor Da, kada?

2. Da li ste osećali slabost ili ste imali **akutnu bolest ili infekciju u poslednjih 7 dana?**

Da

Ne

(npr. temperatura, kašalj, curenje nosa, upaljeno grlo, drugo)?

Ako je odgovor Da, usled čega?

3. Da li ste ikada imali **alergijski šok sa padom krvnog pritiska, jakim otežanim disanjem ili kolapsom?**

Da

Ne

Ako je odgovor Da, na koji način?

4. Da li se trenutno sprovodi **imunoterapija specifična za alergene / hiposenzibilizacija?**

Da

Ne

Kada ste poslednji put primili terapiju?

Kada je planirana sledeća terapija?

5. Da li ste u prošlosti imali **poteškoće ili neželjene efekte nakon vakcinacije** (sa izuzetkom blage lokalne reakcije kao što je crvenilo, otok, bol na mestu uboda ili blaga temperatura)?

Da

Ne

Ako je odgovor Da, nakon koje vakcinacije i kako?

6. **Da li redovno uzimate lekove za razređivanje krvi?**

Da

Ne

Ako je odgovor Da, koje?

7. Da li imate **teške ili hronične bolesti** (npr. imunodeficijencija, rak, autoimuna bolest, poremećaj zgrušavanja krvi, hronične inflamatorne bolesti)?

Da

Ne

Ako je odgovor Da, koje?

8. Da li ste trenutno na **hemoterapiji i/ili terapiji zračenjem** ili uzimate **imunosupresivne lekove**

Da

Ne

(npr. kortizon)?

Ako je odgovor Da, koje?

9. **Da li vam je planiran operativni zahvat?**

Da

Ne

Ako je odgovor Da, kada?

10. Da li ste primili **još neku vakcinu u poslednje 4 nedelje?**

Da

Ne

Ako je odgovor Da, koju i kada?

11. Da li ste u **drugom stanju?**

Da

Ne

Ako je odgovor Da, u kojoj ste nedelji trudnoće?

Izjava o saglasnosti

Na vakcinacije protiv COVID-19, često se javljaju reakcije na vakcinu koje se obično same povuku u roku od nekoliko dana. Vrlo često se na mestu vakcinacije može pojaviti bol, crvenilo i otok. Osim toga, vrlo često se može javiti umor, glavobolja, bolovi u mišićima ili zglobovima, oticanje limfnih čvorova, mučnina / povraćanje, drhtavica ili povišena temperatura. Pod "veoma često" podrazumevamo da je pogođeno više od 1 osobe na 10 osoba koje su vakcinisane. Za detalje pogledajte priložena upozorenja sa informacijama o korišćenju. Ako imate dodatnih pitanja, molimo obratite se svojoj lekarki ili svom lekaru.

Svojim potpisom potvrđujem:

- da sam pročitao i razumeo uputstva za upotrebu pomenute vakcine ili da mi je ovo dovoljno objašnjeno. Pri tome sam mogao da se informišem o mogućim neželjenim dejstvima i okolnostima koji govore protiv moje vakcinacije.
- da sam dovoljno razumeo korist i rizik od vakcinacije i da mi zato nije potreban dalji lični razgovor,
- da sam saglasan sa sprovođenjem besplatne vakcinacije, i
- da sam obavešten da je obrada mojih ličnih podataka planirana u registru vakcinacije u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj telematici 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzzerklaerung>).



Ako se NE slažete sa vakcinacijom ili ako vam trebaju dodatne informacije od lekarke / lekara, molimo NE potpisujte ovu izjavu o saglasnosti.

U slučaju mlađih maloletnika (deca mlađa od 14 godina) ili osoba nesposobnih za odlučivanje, mora se dobiti saglasnost zakonskog zastupnika (zakonskog staratelja ili punoletnog zastupnika/ovlašćenog zastupnika) lica koje se vakciniše. Mlade osobe moraju dati svoj pristanak ako imaju sposobnost donošenja odluka.

Datum (DD.MM.GGGG) Potpis lica koje se vakciniše ili zakonskog zastupnika

--	--

Važne informacije: Za slučaj bilo kakvih mogućih reakcija (mučnina, nesvestica, alergija, itd.), molimo vas da radi vaše bezbednosti ostanete u blizini lekara / lekarke 20 minuta nakon vakcinacije.

Izveštaje o neželjenim dejstvima mogu da podnesu vakcinisane osobe / njihovi rođaci, a vaš nadležni lekar / lekarka i apotekarka / apotekar su čak dužni da to učine. Ako sumnjate na neželjene efekte, obratite se vašoj lekarki / lekaru ili apotekarki / apotekaru, prijavite ovo online na <https://www.basg.gv.at> ili pozovite 0800 555 621.



Popunjavanje služba za vakcinaciju

Služba/organizacija za vakcinaciju (broj ugovornog partnera, ako je dostupan)* Prostor za medicinske beleške

--	--

Odobrena vakcina:*

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

Doza vakcine:*

1. doza
 2. doza

Priprema treće strane

- Leva nadlaktica
 Desna nadlaktica

Broj serije (LOT ili Ch.B)*

Datum vakcinacije (DD.MM.GGGG)*

Ime i prezime odgovornog lekara / odgovorne lekarke*

Ime i prezime osobe koja je izvršila vakcinaciju (ako se razlikuje od odgovornog lekara / odgovorne lekarke)

Građanka/gradžanin
 nije jasno identifikovan

Potpis odgovornog lekara / odgovorne lekarke