

VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU PRED CEPLJENJEM
IN IZJAVA O PRIVOLITVI ZA CEPLJENJE ¹

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Mobilni telefon: _____ Elektronski naslov: _____

Spoštovani!

Vljudno Vas prosimo, da izpolnite vprašalnik o vašem zdravstvenem stanju pred cepljenjem v naši ustanovi in podpišete privolitev v cepljenje.

1. Ali menite, da ste trenutno zdravi? DA NE
2. Ali ste v zadnjem tednu preboleli kakšno bolezen ali imeli povišano tel. temperaturo nad 38°C?
Če DA, kaj ste preboleli? _____ DA NE
3. Ali imate alergijo na zdravila? Če DA, na katero zdravilo? _____ DA NE
4. Ali imate drugo znano alergijo? Če DA, na kaj? _____ DA NE
5. Ali ste imeli kdaj hujšo reakcijo po cepljenju? Če DA, kakšno? _____ DA NE
6. Ali ste bili v zadnjih 14 dneh cepljeni proti katerikoli bolezni? _____ DA NE

Strinjam se z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ².

Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve.

Razumem prejeta ustna pojasnila. Cepil/-a se bom proti (ustrezno obkrožite):

- COVID-19, odmerek _____
- Gripi
- Klopnemu meningoencefalitisu (KME), odmerek _____
- Drugo: _____

S tem podpisom soglašam z izvajanjem videonadzora v prostorih cepljenja, ki ga izvaja Zdravstveni zavod Zdravje (več informacij o hrambi posnetka na telefonu 01/4368-217).

Podpis pacienta/ke: _____

Podpis in žig zdravstvenega delavca, ki izvede cepljenje: _____

Žig ustanove:

Datum: _____

Ime cepiva, odmerek, način aplikacije, mesto in ura cepljenja (izpolni zdr. osebje): _____

Zakonske podlage: Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, 49/20 – ZIUZEOP, 142/20 in 175/20 – ZIUOPDVE), Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Ur. list št. 43/2011), Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Ur. list RS, št. 74/99, 92/2006, 10/2011) in Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za tekoče leto.

¹ Fotokopijo izjave o privolitvi prejme pacient na njegovo zahtevo

² <http://www.nijz.si/sl/pojasnilna-dolznost-pred-cepljenjem>