



OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA - SZCZEPIENIA

Oświadczenie o stanie zdrowia należy wypełnić w przypadku każdej osoby i dawki.

Data szczepienia: _____

Numer osobowy: _____

Imię i nazwisko: _____

Wypełnia osoba, która jest szczepiona:

- | | J A | N E J |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/Pani silna reakcja po szczepieniu i niezbędna była interwencja lekarska? | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/Pani silna reakcja alergiczna, która wymagała interwencji lekarskiej? | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| 3. Czy ma Pan/Pani skłonność do nadmiernego krwawienia w wyniku choroby lub przyjmowanych leków? | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| 4. Czy jest Pani w ciąży? | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| 5. Czy w ciągu ostatnich 28 dniach był(a) Pan/Pani szczepiony? | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |