



## ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ - ВАКСИНАЦИЯ

Попълнете една здравна декларация на човек и доза.

Дата на ваксинацията: \_\_\_\_\_

Единен Граждански Номер (ЕГН): \_\_\_\_\_

Име: \_\_\_\_\_

Попълва се от лицето, което ще се ваксинира:

- |   | ДА                          | НЕ                          |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Имали ли сте някога толкова силна реакция след ваксинация, че да сте се нуждаели от болнично лечение?        | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 2. Имате ли алергии, които някога са ви причинявали тежки реакции, за които е било необходимо болнично лечение? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 3. Имате ли повишена тенденция към кървене поради заболяване или лечение?                                       | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 4. Бременна ли сте?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 5. Ваксинирани ли сте за нещо през последните 28 дни?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |