



ZDRAVSTVENA IZJAVA - VAKCINACIJA

Popunjavate jednu zdravstvenu izjavu po osobi i po dozi.

Datum vakcinacije: _____

Matični broj građana: _____

Ime: _____

Popunjavate vi koji želite da budete vakcinisani:

- | | JA | NEJ |
|---|----|-----|
| 1. Da li ste nekada imali jaku reakciju posle vakcinacije i bilo vam je potrebno bolničko lečenje? | Da | Ne |
| 2. Da li patite od alergija koje su vam nekada izazivale tako jake reakcije da vam je bilo potrebno bolničko lečenje? | Da | Ne |
| 3. Da li imate povećanu tendenciju ka krvarenju zbog bolesti ili lekova? | Da | Ne |
| 4. Da li ste trudni? | Da | Ne |
| 5. Da li ste primili neku vakcinu u poslednjih 28 dana? | Da | Ne |