**Čestné vyhlásenie žiadateľa o vakcináciu**

Dole podpísaný(á) žiadateľ o vakcináciu[[1]](#footnote-1) ..........................................................., ....................................

(meno a priezvisko) (r.č.)

**týmto vyhlasujem, že v čase podania očkovacej látky proti ochoreniu COVID-19 spĺňam príslušné kritérium zaradenia do aktuálnej fázy očkovania ako aj všetky ďalšie zákonné podmienky na očkovanie ustanovené príslušnými právnymi predpismi SR (najmä vyhláškou Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritéria určovania poradia očkovania osôb proti ochoreniu COVID-19 v znení neskorších predpisov).**

Týmto zároveň čestne vyhlasujem a potvrdzujem, že:

* som nezamlčal a ani neuviedol žiadnu informáciu, ktorá by mohla týmto poskytovateľovi údajov spôsobiť akúkoľvek škodu a v prípade nepravdivosti akýchkoľvek údajov a informácii poskytnutých v tomto čestnom vyhlásení alebo v súvislosti s ním zodpovedám za akúkoľvek škodu, ktorá vznikne v súvislosti s takto nepravdivo poskytnutými údajmi alebo informáciami,
* všetky mnou poskytnuté údaje sú aktuálne a správne,
* som v súlade s príslušnými predpismi na ochranu osobných údajov oprávnený poskytnúť osobné údaje za vyššie uvedeným účelom (napr. disponujem potrebným súhlasom, alebo som oprávnený poskytnúť tieto údaje aj bez súhlasu na základe príslušného právneho predpisu),
* som bol oboznámený o mojich právach k ochrane osobných údajov, ktoré sú mi dostupné na webovom sídle [www.agel.sk](http://www.agel.sk).

V ..................................... dňa .....................................

........................................................

vlastnoručný podpis

Dátum a čas očkovania:

Identifikačné údaje pacienta:

Meno, priezvisko, rodné číslo:

Anamnestické otázky pre pacienta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Otázka | Áno | Nie |
| Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla) |  |  |
| Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ? |  |  |
| Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ? |  |  |
| Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody po podaní vakcíny? |  |  |
| Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ? |  |  |
| Ste tehotná ? |  |  |

Podpis očkovanej/ očkovaného: Dátum:

Podpis očkujúcej zdravotníčky/ očkujúceho zdravotníka: Dátum:

1. uvedené vyhlásenie tvorí súčasť zdravotnej dokumentácie žiadateľa/pacienta [↑](#footnote-ref-1)