



## Anamnestický dotazník

**Identifikačné údaje očkovačieho miesta:** Fakultná nemocnica Trenčín, Legionárska 28,  
911 71 Trenčín

**Dátum a čas očkovania:** .....

**Meno a priezvisko pacienta:** .....

**Rodné číslo:** .....

### Anamnestické otázky pre pacienta:

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

.....  
podpis očkovanej osoby  
(zákonného zástupcu)

dátum .....

.....  
podpis očkujúceho zdravotníka

dátum .....