MEDICINSKI CENTER
BARSOS

VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU PRED CEPLJENJEM IN IZJAVA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE[1]

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Spoštovani!

Vljudno Vas prosimo, da izpolnite vprašalnik o vašem zdravstvenem stanju pred cepljenjem v naši ustanovi in podpišete privolitev v cepljenje.

Ali menite, da ste trenutno zdravi?	DA	NE
Ali ste v zadnjih 3 tednih preboleli kakšno bolezen ali jemali zdravila (antibiotike)? Če DA, kaj ste preboleli / jemali? _____	DA	NE
Ali imate kakšno kronično bolezen? Če DA, obkrožite katero (astma, KOPB, arterijska hipertenzija, obolenja srca, revmatoidni artritis, rak, levkemija, epilepsija, obolenje kože, drugo _____)	DA	NE
Ali ste v zadnjih 3 mesecih prejeli večje odmerke kortikosteroidov, zdravil proti raku ali imeli obsevanje? Če DA, kaj ste prejeli? _____	DA	NE
Ali imate alergijo na jajca?	DA	NE
Ali imate alergijo na zdravila? Če DA, na katero zdravilo? _____	DA	NE
Ali ste imeli kakšno hujšo reakcijo po cepljenju? Če DA, kakšno? _____	DA	NE

Strinjam se z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ[2]. Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta ustna pojasnila.

Cepil/a se bom proti (ustrezno obkrožite):

- gripi
- klopnemu meningoencefalitisu (KME), odmerek _____
- tetanusu
- drugo: _____

Podpis in žig zdravnika: Podpis pacienta/pacientke:

_____ _____

Žig ustanove: Datum: _____

Zakonske podlage:

Zakon o pacientovih pravicah (Ur. list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS), Zakon o nalezljivih boleznih (Ur. list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, s spremembami), Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Ur. list RS, št. 43/11), Pravilnik o cepljenju, zaščiti z zdravili in varstvu pred vnosom in razširjenjem nalezljivih bolezni (Ur. list RS, št. 16/99, s spremembami), Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Ur. list RS, št. 74/99, 92/06, 10/11) in Program cepljenja in zaščite z zdravili za tekoče leto.

[1] Fotokopijo izjave o privolitvi prejme pacient na njegov zahtevo
[2] https://nijz.si/nalezljive-bolezni/cepljenje/

IZPOLNI ZDRAVNIK

Dodatna anamneza:

Status:

Ime cepiva, način aplikacije, mesto cepljenja:

Podpis in žig zdravnika:

_____

BARSOS-MC d.o.o.,
Gregorčičeva 11, 1000 Ljubljana, Slovenija
T: +386 (0)1 242 07 44
T: +386 (0)1 242 07 00
E: info@barsos.si
S: www.barsos.si
Davčna št.: 47151889
Matična št.: 5591716