**Souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu**

**Plánovaný výkon**: **Očkování na vlastní žádost proti nemoci COVID-19**

**Jméno: Přijmení: r.č.**

**Bydliště: Zdravotní pojišťovna:**

**Telefon: E-mail:**

**Preferovaný druh vakcíny:**

**Comirnaty (Pfizer/Biontech- dvoudávková) I. dávka** ⬜  **II. dávka** ⬜

**Janssen (Johnson – jednodávková)** ⬜

Vážená paní/Vážený pane,

na základě Vašeho souhlasu Vám bude podána očkovací látka, která má zabránit tomu, abyste onemocněl(a) nemocí COVID-19, kterou způsobuje virus SARS-CoV-2.

Očkovací látka Vám bude podána injekčně do ramenního svalu. Po podání očkovací látky se doporučuje pečlivé sledování Vašeho zdravotního stavu zpravidla po dobu 15 minut, a to na místě, kde se provádí očkování. Doporučujeme 48 hodin po očkování vynechat fyzickou zátěž, vyvarovat se nadměrnému slunění, saunování a požití alkoholu.

Bližší informace o vakcíně a možných nežádoucích účincích a jejich řešení naleznete v příloze tohoto souhlasu

Poté, co jsem měl(a) dostatečný časový prostor k přečtení informací, měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly srozumitelně zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle **souhlasím s poskytnutím navrženého zdravotního výkonu** – podání očkovací látky.

Cítíte se v tuto chvílí nemocný/á, berete antibiotika? ⬜ ⬜

Byl/a jste již očkován/a proti nemoci COVID-19 ⬜ ⬜

Měl/a jste závažnou alergickou reakci po očkování? ⬜ ⬜

Měl/a jste anafylaktickou reakci? ⬜ ⬜

Jste těhotná? ⬜ ⬜

Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování? ⬜ ⬜

Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve? ⬜ ⬜

V Brně dne:

Podpis očkovaného:

1. Vyjádření THP při registraci – zadán do systému, požadovaná vakcinace možná ⬜

2. Vyjádření lékaře – Indikována vakcína **Comirnaty** ⬜ **Janssen**  ⬜

 Podpis a razítko lékaře:

3. Potvrzení aplikace sestrou – aplikována vakcína **Comirnaty** ⬜ **Janssen**  ⬜

4. THP po vakcinaci: