

**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.

| | DA | NE |
|---|----|----|
| Ali menite, da ste trenutno zdravi? | | |
| Ali ste v zadnjem tednu preboleli kakšno bolezen ali imeli povišano tel. temperaturo nad 38 °C? Če DA, kaj ste preboleli? _____ | | |
| Ali imate alergijo na zdravila? Če DA, na katero zdravilo? _____ | | |
| Ali imate drugo znano alergijo? Če DA, na kaj? _____ | | |
| Ali ste imeli kdaj hujšo reakcijo po cepljenju? Če DA, kakšno? _____ | | |
| Ali ste bili v zadnjih 14 dneh cepljeni proti katerikoli bolezni? | | |

Strinjam se z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ². Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta ustna pojasnila. Cepil/-a se bom proti (ustrezno obkrožite):

- COVID-19, odmerek _____
- Gripi
- Klopnemu meningoencefalitisu (KME), odmerek _____
- Drugo: _____

Podpis pacienta/ke:

Žig ustanove:

Podpis in žig zdravnika:

Datum: _____

Ime cepiva, odmerek, način aplikacije, mesto in ura cepljenja (izpolni zdr. osebe):

Zakonske podlage

Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, 49/20 – ZIUZEOP, 142/20 in 175/20 – ZIUOPDVE), Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Ur. list št. 43/2011), Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Ur. list RS, št. 74/99, 92/2006, 10/2011) in Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za tekoče leto.

¹ Fotokopijo izjave o privolitvi prejme pacient na njegovo zahtevo

² <http://www.nijz.si/sl/pojasnilna-dolznost-pred-cepljenjem>