

VACCINATION CONSENT FORM

(Hozzájáruló nyilatkozat)

Please fill in capital letters! (Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!)

| | |
|---------------------------------|--|
| Patient Name: (Páciens neve) | |
| Date of Birth:(Születési dátum) | |
| TAJ: | |
| Address: (Lakcím) | |
| Phone number:(Telefonszám) | |
| e-mail: | |

MEDICAL SCREENING QUESTIONS: Check YES or NO to each question below. Tell your vaccination provider about all your medical conditions, including if you answer “yes” to any question.

| | YES/Igen | NO/Nem |
|---|----------|--------|
| Do you have a long-term, chronic illness? (diabetes, high blood pressure, asthma, heart disease, kidney disease, etc.): Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.): | | |
| If yes, please list! Ha igen, kérem sorolja fel, mi az: | | |
| Do you take medicine regularly? Rendszeresen szed-e gyógyszert? | | |
| If yes, please list! Ha igen, kérem sorolja fel: | | |
| Do you have any allergies? (food, medicine, other) Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? | | |
| If yes, please list! Ha igen, kérem sorolja fel: | | |
| Have you previously felt sick during blood draws or vaccinations? Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszullete? | | |
| Have you had a severe allergic reaction to a previous dose of this vaccine or to any of the ingredients of this vaccine? Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!) | | |
| Have you had any acute illness in the last 4 weeks? Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? | | |
| Have you had a fever in the last 2 weeks? Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt COVID-19 fertőzés nem kizáró ok.) | | |
| Are you planning to have surgery in the next 1 month? Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban? (Megjegyzés: elektív műtét után oltható.) | | |
| Have you had any medical treatment or intervention in the last period? Az elmúlt időszakban történt-e bármilyen egészségügyi kezelés, beavatkozás önnél? | | |
| Do you suffer from an autoimmune disease that is in the active phase? Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik? | | |

| | | |
|--|--|--|
| In the last 3 months, have you received any treatment that weakens your immune system, such as: cortisone, prednisone, other steroids, immunobiologicals or anticancer medicines, or radiotherapy? Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést? | | |
| Have you ever had a seizure, nervous system problem, paralysis? Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása? | | |
| Do you suffer from hematopoietic disease, increased bleeding? Szenved-e vérbetegségben, fokozott vérzékenységben? | | |
| Have you been vaccinated in the last 2 weeks? Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? | | |
| Do you currently have any complaints? Jelenleg van-e bármilyen panasz? If yes, please list! Ha igen, kérem sorolja fel: | | |
| For women, are you pregnant or is there a chance you could become pregnant? Jelenleg várandós-e? | | |
| For women, are you planning to become pregnant within 3 months? Tervez-e várandóságot 3 hónapon belül? | | |
| For women, are you breastfeeding? Szoptat-e? | | |

I have read the above information and voluntarily consent to the administration of the COVID-19 vaccine to myself and to the processing of my personal and health data for epidemiological purposes.

A fenti tájékoztatást elolvastam, önként, befolyástól mentesen hozzájárulok saját részére a COVID-19 elleni vakcina beadásához, valamint személyes és egészségügyi adataim járványügyi célból történő kezeléséhez.

After vaccination, an allergic reaction may occasionally occur, so the vaccinated person should remain on site for 30 minutes. If the patient leaves earlier, it is the responsibility of their.

Az oltást követően, esetenként allergiás reakció léphet fel, ezért az oltott személy 30 percig még a helyszínen kell, hogy tartózkodjon. Ha a páciens idő előtt távozik, az saját felelősségére történik.

I declare that I have received sufficient information about the intervention described above and its course, and that any questions have been answered by my doctor.

Kijelentem, hogy a fentebb leírt beavatkozásról, annak lefolyásáról kellő tájékoztatást kaptam, esetleges kérdéseimet a kezelőorvos megválaszolta.

I declare that I have shared with my doctor all important information concerning the patient's / child's health, past and possible pre-existing conditions, drug susceptibility, allergies, previous surgeries.

Kijelentem, hogy valamennyi olyan fontos információt megosztottam kezelőorvosommal, mely a páciens/gyermekem egészségi állapotára, korábbi és esetleges meglévő betegségeire, gyógyszerérzékenységére, allergiáira, korábbi műtétjeire vonatkoznak.

Balatonfüred, 20

.....
Signature of Patient