

Lični podaci vakcinisane osobe – COVID-19 mRNA vakcina

Verzija 8, stanje: 04. avgust 2021.

Prezime*

Ime*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 cifara)*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*

Rod:* ženski muški fluidni

interseksualni otvoreni bez izjašnjenja

Adresa (poštanski broj, mesto, ulica, broj kuće, sprat, broj stana)

Broj telefona

E-mail adresa

U slučaju potrebe ime zakonskog zastupnika

Molimo odgovorite na dole navedena pitanja

Pravilno izaberite

1. Da li ste već imali **SARS-CoV-2 infekciju** (potvrđenu PCR testom), **COVID-19** (potvrđen PCR testom) ili **antitela protiv korona virusa** (samo test neutralizacije ili korelat za test neutralizacije)?

Da Ne

Ako je odgovor Da, kada?

2. Da li ste u proteklih 7 dana **osećali slabost ili imali akutnu bolest ili infekciju** (npr. temperatura, (npr. kašalj, curenje nosa, upaljeno grlo, drugo)?

Da Ne

Ako je odgovor Da, usled čega?

3. Da li ste ikada imali **alergijski šok sa padom krvnog pritiska, jakim otežanim disanjem ili kolapsom**?

Da Ne

Ako je odgovor Da, na koji način?

4. Da li ste već primili **vakcinu protiv COVID-19, druga vakcina dospeva u poslednje 4 nedelje**, ili da li se trenutno sprovodi **imunoterapija specifična za alergene / hiposenzibilizacija**?

Da Ne

Ako je odgovor Da, koju i kada?

5. Da li ste u prošlosti imali **poteškoće ili neželjene efekte nakon vakcinacije** (sa izuzetkom blage lokalne reakcije kao što je crvenilo, otok, bol na mestu uboda ili blaga temperatura)?

Da Ne

Ako je odgovor Da, nakon koje vakcinacije i kako?

6. Da li postoji **alergija na lekove ili sastojke vakcine** (vidi informacije o upotrebi)?

Da Ne

Ako je odgovor Da, koje?

7. Da li redovno uzimate **lekove za razređivanje krvi**?

Da Ne

Ako je odgovor Da, koje?

8. Da li imate **teške ili hronične bolesti** (npr. imunodeficijencija, rak, autoimuna bolest, poremećaj zgrušavanja krvi, hronične inflamatorne bolesti)?

Da Ne

Ako je odgovor Da, koje?

9. Da li ste trenutno na **hemoterapiji i/ili terapiji zračenjem** ili uzimate **imunosupresivne lekove** (npr. kortizon)?

Da Ne

Ako je odgovor Da, koje?

10. Da li vam je **planiran operativni zahvat**?

Da Ne

Ako je odgovor Da, kada?

11. Da li ste u **drugom stanju**?

Da Ne

Ako je odgovor Da, u kojoj ste nedelji trudnoće?

Izjava o saglasnosti – COVID-19 mRNK vakcina

Nakon vakcinacije protiv COVID-19, često se javljaju reakcije na COVID-19 mRNK vakcine koje se obično same povuku u roku od nekoliko dana. Vrlo često bol ili otok, ili često crvenilo, osip na koži ili osip na mestu vakcinacije. Osim toga, vrlo često dolazi do (veoma teškog) umora, glavobolje, bolova u mišićima, bolova u zglobovima, ukočenosti zglobova, otoka u pazuhu, mučnine, povraćanja, proliva, groznice kao i temperature, odn. često kožnog osipa. Vrlo često znači da je više od 1 od 10 osoba ili često znači da je do 1 od 10 osoba vakcinisano. Mogu se javiti teške alergijske reakcije. Miokarditis i perikarditis prijavljeni su veoma retko. Ako se osećate iscrpljeno ili imate temperaturu, treba izbegavati jaku fizičku aktivnost. Za detalje pogledajte priložena elektronska upozorenja sa informacijama o korišćenju. Informacije o upotrebi mogu vam biti dostupne u papirnom obliku na zahtev. Ako imate dodatnih pitanja, molimo obratite se svojoj lekarki ili svom lekaru. Skenirajte QR kod da biste pristupili uputstvima za upotrebu odobrenih vakcina protiv COVID-19 (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



Svojim potpisom potvrđujem:

- da sam pročitao i razumeo uputstva za upotrebu pomenute vakcine ili da mi je ovo dovoljno objašnjeno. Pri tome sam mogao da se informišem o mogućim neželjenim dejstvima i okolnostima koji govore protiv moje vakcinacije.
- da sam dovoljno razumeo korist i rizik od vakcinacije i da mi zato nije potreban dalji lični razgovor,
- da sam saglasan sa sprovođenjem besplatne vakcinacije, i
- da sam obavešten da je obrada mojih ličnih podataka planirana u registru vakcinacije u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj telematici 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzzerklaerung>).



Ako se NE slažete sa vakcinacijom ili ako vam trebaju dodatne informacije od lekarke ili lekara, molimo NE potpisujte ovu izjavu o saglasnosti.

U slučaju mlađih maloletnika (deca mlađa od 14 godina) ili osoba nesposobnih za odlučivanje, mora se dobiti saglasnost zakonskog zastupnika (zakonskog staratelja, punoletnog zastupnika ili ovlašćenog zastupnika) lica koje se vakciniše. Mladi (zreli maloletnici od 14 godina) moraju sami dati pristanak ako imaju mogućnost donošenja odluka.) dati svoj pristanak ako imaju sposobnost donošenja odluka.

Datum (DD.MM.GGGG) Potpis lica koje se vakciniše ili zakonskog zastupnika

Važne informacije: Za slučaj bilo kakvih mogućih reakcija (mučnina, nesvestica, alergija itd.), molimo vas da radi vaše bezbednosti ostanete u blizini lekara ili lekarke 20 minuta nakon vakcinacije.

Ako sumnjate na neželjene efekte, razgovarajte sa svojom lekarkom ili lekarom ili apotekarkom ili apotekarom. Oni su dužni da prijave sumnjive neželjene efekte. Vi ili vaša rodbina takođe možete prijaviti neželjene efekte. Dodatne informacije o mogućnostima izveštavanja možete pronaći na adresi www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen ili kontaktirajte 0800 555 621.



Pažnja: Ostavite prazno – Popunjava samo služba za vakcinaciju

Služba/organizacija za vakcinaciju (broj ugovornog partnera, ako je dostupan)*

Prostor za medicinske beleške

Odobrena vakcina:*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty
- Moderna: COVID-19 Vaccine Moderna
- Druga vakcina:

Doza vakcine:*

1. doza
2. doza

Priprema treće strane

- Leva nadlaktica
- Desna nadlaktica

Broj serije (LOT ili Ch.B)*

Datum vakcinacije (DD.MM.GGGG)*

Ime odgovorne lekarke / odgovornog lekara*

Ime vakcinisane osobe (ako se razlikuje)

Građanka/građanin nije jasno identifikovan

Potpis odgovorne lekarke / odgovornog lekara