

## Lični podaci vakcinisane osobe – naziv vakcine

Prezime\*

Ime\*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 cifara)\*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)\*

Pol\*

ženski

muški

fluidni

interseksualni

otvoren

bez izjašnjavanja

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 za osobu koja se vakciniše

Ukoliko je osoba koja treba da se vakciniše prebolela ili primila neku drugu vakcinu između popunjavanja izjave o saglasnosti i samog termina za vakcinaciju, molimo vas da o tome obavestite lekara pre vakcinacije. Prilikom termina za vakcinaciju osoba koja se vakciniše treba predočiti svu evidenciju o vakcinaciji (isprava vakcinacije, karton vakcinacije).

1. Da li osobu koja se vakciniše u proteklih 7 dana imala akutnu bolest ili infekciju (npr. temperatura, kašalj, curenje nosa, upaljeno grlo, drugo)?

Pravilno izaberite

Da  Ne

Ako je odgovor Da, usled čega?

2. Da li osoba koja se vakciniše ima alergiju na lekove ili sastojke vakcine (vidi informacije o upotrebi)?

Da  Ne

Ako je odgovor Da, koje?

3. Da li je osoba koja se vakciniše imala alergijski šok sa padom krvnog pritiska, jakim otežanim disanjem ili kolapsom?

Da  Ne

Ako je odgovor Da, na šta?

4. Da li je osoba koja se vakciniše primila u poslednje 4 nedelje neku drugu vakcinu, ili da li se trenutno sprovodi kod osobe koja se vakciniše imunoterapija specifična za alergene/hiposenzibilizacija?

Da  Ne

Ako je odgovor Da, koju i kada?

5. Da li je osoba koja se vakciniše primila u poslednja 3 meseca krv, krvne proizvode ili imunglobuline?

Da  Ne

Ako je odgovor Da, koje i kada?

6. Da li osoba koja se vakciniše redovno uzima lekove za razređivanje krvi?

Da  Ne

Ako je odgovor Da, koje?

7. Da li je osoba koja se vakciniše trenutno na hemoterapiji i/ili terapiji zračenjem ili uzima imunosupresivne lekove (npr. kortizon)?

Da  Ne

Ako je odgovor Da, koje?

8. Da li je osoba koja se vakciniše u prošlosti imala 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?

9. Da li je osoba koja se vakciniše ima teške ili hronične bolesti (npr. imunodeficijencija, rak, autoimuna bolest, poremećaj zgrušavanja krvi, hronične inflamatorne bolesti)?

Da  Ne

Ako je odgovor Da, koje?

10. Da li je osoba koja se vakciniše nedavno bila operisana ili planiran operativni zahvat?

Da  Ne

Ako je odgovor Da, kada?

11. Da li je osoba koja se vakciniše trudna?

Da  Ne

Ako je odgovor Da, u kojoj ste nedelji trudnoće?

## Izjava o saglasnosti za vakcinaciju

verzija 1.0, stanje: 13. april 2022

Odgovarajuća, aktuelna i potpuna verzija uputstva za upotrebu vakcine je deo ovog informativnog i dokumentacionog lista i dostupna je u elektronskom obliku, na zahtev i u štampanom obliku.

Uputstva za upotrebu vakcina koje se nalaze u besplatnom saveznom, državnom i programu imunizacije socijalnog osiguranja dostupne su na:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>



Ako imate dodatnih pitanja, molimo obratite se svojoj lekarki ili svom lekaru.

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 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 imate dodatnih pitanja, molimo obratite se pre potpisivanja ovog upitnika svojoj lekarki ili svom lekaru.

Ukoliko ne postoji mogućnost razgovora sa lekarom koji obavlja vakcinaciju na licu mesta (npr. u slučaju školske vakcinacije, molimo Vas da kontaktirate medicinsku/zdravstvenu službu vašeg nadležnog lokalnog organa uprave i da potpišete izjavu o saglasnosti tek nakon što se obavili razgovor.

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) mogu sami dati 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 lekarku 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 <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> ili pozovite 0800 555 621.

Ako se propusti termin za vakcinaciju, to treba nadoknaditi što je prije moguće. Ostale informacije možete pronaći u brošuri o vakcinaciji ili na web stranici Saveznog ministarstva za socijalna pitanja, zdravlje, njegu i zaštitu potrošača Savezno ministarstvo za socijalna pitanja, zdravlje, njegu i zaštitu potrošača [www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at) u rubrici „Vakcinacija“.



### Pažnja: Ostavite prazno – Popunjavanje samo služba za vakcinaciju

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

Prostor za medicinske beleške

Odobrena vakcina\*

Priprema treće strane

Leva nadlaktica

Desna nadlaktica

Broj serije (LOT ili Ch.B)\*

Datum vakcinacije (DD.MM.GGGG)\*

Ime i prezime odgovornog lekara / odgovorne lekarku\*

Ime vakcinisane osobe (ako se razlikuje)

Građanin nije jasno identifikovan

Potpis odgovorne lekarku / odgovornog lekara