

Osobni podaci osobe koja se cijepi – naziv cijepiva

Prezime*

Ime*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 znamenki)*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*

Spol*

žensko

muško

različito

inter

otvoreno

nema unosa

Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, stubište, broj vrata)

Telefonski broj

Adresa e-pošte

Ev. ime zakonskog zastupnika

Molimo odgovorite na sljedeća pitanja za osobe koje će se cijepi

Ako je osoba koja će se cijepiti preboljela bolest ili je primila neka druga cjepiva između ispunjavanja Izjave o suglasnosti i stvarnog termina cijepjenja, molimo da o tome obavijestite liječnika prije cijepjenja. Na cijepjenju treba predložiti sve bilješke o cijepjenju (iskaznica o cijepjenju, kartica o cijepjenju) osobe koja će se cijepiti.

1. Je li osoba koja se namjerava cijepiti pati ili je bolovala u zadnjih 7 dana od **akutne bolesti ili infekcije** (npr. vrućica, kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)? Označiti odgovarajuće

Da Ne

Ako da, od čega?

2. Je li osoba koja se namjerava cijepiti **alergična na lijekove ili sastojke cjepiva** (vidi upute za uporabu)? Da Ne

Ako da, na koje?

3. Je li osoba koja se namjerava cijepiti već imala **alergijski šok s padom krvnog tlaka, teškim disanjem ili kolaps**? Da Ne

Ako da, na što?

4. Je li kod osobe koja se namjerava cijepiti **u zadnja 4 tjedna bilo drugih cijepjenja**, u zadnja 4 tjedna bilo drugih cijepjenja **u zadnja 4 tjedna bilo drugih cijepjenja**? Da Ne

Ako da, koja i kada?

5. Je li osoba koja se namjerava cijepiti u **posljednja 3 mjeseca primila krv, krvne produkte ili imunglobulin**? Da Ne

Ako da, koje i kada?

6. Uzima li osoba koja se namjerava cijepiti redovito **lijekove za razrjeđivanje krvi**? Da Ne

Ako da, koje?

7. Provodi li se trenutačno kod osobe koja se namjerava cijepiti **kemoterapija i/ili terapija zračenjem** ili uzima li osoba koja se namjerava cijepiti **lijekove koji slabe imunitet** (npr. kortizon)? Da Ne

Ako da, koje?

8. Je li kod osobe koja se cijepi u prošlosti **nakon cijepjenja bilo tegoba ili je imala nuspojava** (s iznimkom lakših lokalnih reakcija poput crvenila, otekline, bolova na mjestu uboda ili lagane vrućice)? Da Ne

Ako da, nakon kojeg cijepjenja i koje?

9. Postoje li kod osobe koja se namjerava cijepiti **teška ili kronična oboljenja** (npr. imunodeficijencija, karcinom, autoimuno oboljenje, smetnja zgrušavanja krvi, kronične upalne bolesti)? Da Ne

Ako da, koje?

10. Je li osoba koja se namjerava cijepiti bila nedavno podvrgnuta **operativnom zahvatu** ili je planiran takav zahvat? Da Ne

Ako da, kada?

11. Je li osoba koja se namjerava cijepiti **trudna**? Da Ne

Ako da, koji tjedan trudnoće?

Izjavu o suglasnosti za cijepljenje

verzija 1.0, stanje: 13.04.2022

Odgovarajuća, aktualna i potpuna verzija uputa za uporabu cjepiva dio je ovog lista s informacijama i dokumentacijom i mora biti dostupna u elektroničkom obliku, na zahtjev i u ispisanom obliku.

Upute za uporabu cjepiva koja se nude u besplatnom saveznom, pokrajinskom i socijalnom programu imunizacije dostupne su na:

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



Ako imate pitanja, obratite se svom liječniku.

Svojim potpisom potvrđujem:

- da sam pročitao/la i razumio/la informacije o uporabi navedenog cjepiva ili mi je to dovoljno objašnjeno. Mogao/la sam se tamo informirati o mogućim nuspojavama i okolnostima koje ne idu u prilog mom cijepljenju.
- da time dovoljno razumijem korist i rizik cijepljenja te mi stoga nije potreban daljnji osobni razgovor,
- da sam suglasan/na s provedbom cijepljenja, i
- da sam informiran/na o tome da je obrada mojih osobnih podataka u registru cijepljenja u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Ako imate daljnja pitanja, obratite se prije potpisivanja ovog upitnika svom liječniku.

Ukoliko na licu mjesta ne postoji mogućnost razgovora s liječnikom koji vrši cijepljenje (npr. u slučaju školskog cijepljenja), obratite se medicinskoj službi/uredu za zdravstvo nadležnog okružnog upravnog tijela te potpišete Izjavu o suglasnosti tek nakon obavljenog razgovora.

Za maloljetne (djeca prije navršene 14. godine života) ili osobe koje nisu sposobne odlučivati potrebna je suglasnost zakonskog zastupnika (skrbnik, zastupnik odraslih ili opunomoćenik za skrb) osobe koja se cijepi. Mladi (maloljetni od navršene 14. godine života) mogu samostalno pristati, ako su sposobni za odlučivanje.

Datum (TT.MM.GGGG)

Potpis osobe koja se cijepi ili zakonskog zastupnika

Važne informacije: U slučaju pojave reakcija (mučnina, kolaps, alergija itd.), ostanite u blizini liječnika 20 minuta nakon cijepljenja radi vlastite sigurnosti.

Ako primijetite nuspojave obratite se liječniku ili ljekarniku. Oni su dužni prijaviti nuspojave na koje sumnjate. Prijavu nuspojava možete međutim učiniti Vi ili Vaša rodbina. Ostale informacije o mogućnostima prijave pogledajte na <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> ili pozovite 0800 555 621.

Ako se propusti termin za cijepljenje, treba ga nadoknaditi što je prije moguće. Dodatne informacije možete pronaći u brošuri o cijepljenju odnosno na web stranici Saveznog ministarstva za socijalna pitanja, zdravlje, skrb i zaštitu potrošača www.sozialministerium.at u rubrici „Cijepljenje“.



Pozor: Ostavite prazno – ispunjava služba za cijepljenje

Služba za cijepljenje / organizacija (broj ugovornog partnera, ako postoji)*

Prostor za službene bilješke liječnika

Dogovoreno cjepivo*

Pripremila treća osoba

Lijeva nadlaktica

Desna nadlaktica

Broj šarže (LOT ili Ch.B)*

Datum cijepljenja (TT.MM.GGGG)*

Ime odgovornog liječnika*

Ime osobe koja vrši cijepljenje (ako se razlikuje)

Građanka/građanin se ne može jasno identificirati

Potpis odgovornog liječnika