

## Lični podaci o osobi koja se vakciniše – COVID-19 mRNA vakcine

Verzija 8, stanje: 4. 8. 2021.

Prezime\*

Ime\*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 znamenki)\*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)\*

Pol:\*

ženski

muški

različit

inter

otvoreno

nema unosa

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

Telefonski broj

E-mail adresa

Ev. ime zakonskog zastupnika

## Molimo odgovorite na sljedeća pitanja

Označiti odgovarajuće

1. Da li ste već imali infekciju **SARS-CoV-2** (potvrđeno PCR-om), **COVID-19** (potvrđeno PCR-om) ili **antitijela protiv koronavirusa** (samo neutralizacijski test ili korelat neutralizacijskom testu)?

Da

Ne

Ako da, kada?

2. Da li ste bili oboljeli ili bolujete u zadnjih 7 dana od **akutne bolesti ili infekcije** (npr. povišena temperatura, kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)?

Da

Ne

Ako da, od čega?

3. Da li ste već nekada imali **alergijski šok sa padom krvnog pritiska, teškim disanjem ili kolaps?**

Da

Ne

Ako da, na šta?

4. Da li ste već dobili **vakcinu protiv COVID 19**, da li je u **zadnje 4 sedmice bilo drugih vakcinisanja**, ili se trenutno vrši **imunoterapija specifična za alergiju / hiposenzibilizacija?**

Da

Ne

Ako da, koja i kada?

5. Da li je u prošlosti **nakon vakcinisanja bilo tegoba ili nuspojava** (sa izuzetkom lakših lokalnih reakcija poput crvenila, otekline, bolova na mjestu uboda ili lagane temperature)?

Da

Ne

Ako da, nakon kojeg vakcinisanja i koje?

6. Da li ste **alergični na lijekove ili sastojke vakcine** (vidi uputstvo za korištenje)?

Da

Ne

Ako da, koje?

7. **Da li redovno uzimate lijekove koji prorjeđuju krv?**

Da

Ne

Ako da, koje?

8. Da li postoje **teška ili hronična oboljenja** (npr. imunodeficijencija, karcinom, autoimuna bolest, smetnja zgrušavanja krvi, hronična upalna oboljenja)?

Da

Ne

Ako da, koje?

9. Da li se trenutno provodi **hemo i/ili terapija zračenjem** ili uzimate **lijekove koji slabe imunitet** (npr. kortizon)?

Da

Ne

Ako da, koje?

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

Da

Ne

Ako da, kada?

11. Da li ste **trudni?**

Da

Ne

Ako da, koja sedmica trudnoće?

**Izjava o saglasnosti – mRNA vakcine protiv COVID-19**

Nakon vakcinisanja protiv COVID-19 često se javljaju reakcije na mRNA vakcine protiv COVID-19 koje se obično samostalno povuku nakon nekoliko dana. Na mjestu uboda vrlo često se mogu javiti bolovi ili otekline odnosno često crvenilo te osip ili urtikarija. Osim toga, vrlo često može doći do (vrlo snažnog) umora, glavobolje, bolova u mišićima, bolova u zglobovima, ukočenosti zglobova, oticanja u pazuhu, mučnine, povraćanja, proljeva, groznice te temperature odnosno često može doći do osipa na koži. Vrlo često znači da je pogođeno više od 1 od 10 vakcinisanih osoba, odnosno često znači do 1 od 10 vakcinisanih osoba. Mogu se pojaviti teške alergijske reakcije. Vrlo rijetko su prijavljeni miokarditis i perikarditis. Kod iznemoglosti ili temperature treba izbjegavati intenzivne fizičke aktivnosti. O detaljima pogledajte informacije o korištenju koje su dostupne u elektronskom obliku. Na zahtjev Vam se informacije o korištenju mogu dati na raspolaganje u papirnom obliku. Ako imate pitanja, obratite se svom doktoru. Za pristup informacijama za korištenje odobrenih vakcina protiv COVID-19 skenirajte QR kod (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



Svojim potpisom potvrđujem:

- da sam pročitao/la i razumio/la informacije o korištenju navedene vakcine ili mi je to dovoljno objašnjeno. Mogao/la sam se tamo informisati o mogućim nuspojavama i okolnostima koje su protiv mog vakcinisanja.
- time dovoljno razumijem korist i rizik od vakcinisanja pa mi zato nije potreban daljnji lični razgovor,
- sam saglasan/na sa provođenjem besplatnog vakcinisanja, i
- da sam informisan/na o tome da je obrada mojih ličnih podataka u registru vakcinisanja predviđena u skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzzerklaerung>).



**Ako NISTE saglasni sa vakcinisanjem ili trebate dodatno objašnjenje od doktora, onda NE POTPISUJTE ovu Izjavu o saglasnosti.**

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

**Datum (DD.MM.GGGG) Potpis osobe koja se vakciniše ili zakonskog zastupnika**

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

Ako primijetite nuspojave obratite se doktoru ili apotekaru. Oni su dužni prijaviti nuspojave na koje sumnjate. Prijavu nuspojava možete međutim uraditi Vi ili Vaša rodbina. Ostale informacije o mogućnostima prijave pogledajte na [www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen](http://www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen) ili pozovite 0800 555 621.

**Pažnja: Ostavite prazno – ispunjava služba za vakcinisanje**Služba za vakcinisanje/organizacija  
(broj ugovornog partnera, ako postoji)\*

Prostor za službene bilješke

Dogovorena vakcina:\*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty  
 Moderna: COVID-19 Vaccine Moderna  
 Ostalo:

Doza vakcine:\*

1. doza  
 2. doza

 Priprema od treće strane

- Lijeva nadlaktica  
 Desna nadlaktica

Broj šarže (LOT ili Ch.B)\*

Datum vakcinisanja (DD.MM.GGGG)\*

Ime odgovornog doktora\*

Ime osobe koja vrši vakcinisanje (ako se razlikuje)

 Građanka/gradžanin  
ne može se jasno identifikovati

Potpis odgovornog doktora