



Δήλωση συγκατάθεσης εμβολιασμού κατά της γρίππης A(H1N1)

Παρακαλώ συμπληρώστε με τυπογραφικά γράμματα.

Επώνυμο: Κύριο όνομα:

Ημερομηνία γέννησης:

Οδός:

Ταχ.Κώδικας: Τόπος:

Αρ.Ταμείου (σύμφωνα με την κάρτα ασφαλισμένου):

Αρ.ασφαλισμένου (σύμφωνα με την κάρτα ασφαλισμένου):

- Βεβαιώνω με την υπογραφή μου ότι εργάζομαι σε ένα ίδρυμα υγείας ή φροντίδας, σε υπηρεσία διάσωσης, στην πυροσβεστική ή την αστυνομία.
- Βεβαιώνω με την υπογραφή μου ότι πάσχω από μία ασθένεια, λόγω της οποίας μπορώ να εμβολιασθώ κατά προτεραιότητα.
- Δεν ανήκω σε καμία από τις δύο ομάδες.

| | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Διάβασα και κατάλαβα το έντυπο ενημέρωσης | ~ ναι | ~ όχι |
| Επιθυμώ μία συνομιλία με το γιατρό | ~ ναι | ~ όχι |
| Έχω πυρετό (σωματική θερμοκρασία άνω των 38°C) | ~ ναι | ~ όχι |
| Έχω πάθει ήδη μία φορά αλλεργία μετά από έναν εμβολιασμό | ~ ναι | ~ όχι |
| Είμαι υπερευαίσθητος/-η κατά του λευκώματος των ορνίθων | ~ ναι | ~ όχι |
| Λαμβάνω φάρμακα που αραιώνουν το αίμα | ~ ναι | ~ όχι |
| Είμαι έγκυος | ~ ναι | ~ όχι |
| Μόνο για παιδιά κάτω των 10 ετών: | ~ 1 ^{ος} εμβολιασμός | ~ 2 ^{ος} εμβολιασμός |

Δεν έχω άλλες ερωτήσεις και θέλω να εμβολιασθώ.

Ημερομηνία και υπογραφή:

Τεκμηρίωση εμβολιασμού (συμπληρώνεται από την υπηρεσία
Εμβόλιο:

1^η δόση ~ Ημερομηνία Αρ. Charge

2^η δόση ~ Ημερομηνία Αρ. Charge

Διεύθυνση της υπηρεσίας εμβολιασμού (σφραγίδα)

Όνομα και υπογραφή του ιατρού

(Πρωτότυπο για τον εμβολιαζόμενο, αντίγραφο για την υπηρεσία εμβολιασμού)