



Izjava o pristanku na cijepljenje protiv influence A(H1N1)

Molimo popuniti štampanim slovima.

Prezime: Ime:

Datum rođenja:

Ulica:

Pošt.broj: Mjesto:

Br.zdr.blagajne (na kartici osiguranika):

Br.osiguranika (na kartici osiguranika):

- Svojim potpisom potvrđujem da radim u zdravstvenoj ustanovi ili ustanovi za njegu, u službi za spasavanje, u vatrogasnoj službi ili u policiji.
- Svojim potpisom potvrđujem da patim od bolesti zbog koje mogu biti prioritetno cijepljen/a.
- Ne spadam ni u jednu od gore navedenih grupa.

Pročitao/la sam i razumio/la list sa objašnjenjima	~ da	~ ne
Želim razgovarati s liječnikom	~ da	~ ne
Imam vrućicu (tjelesna temperatura preko 38°C)	~ da	~ ne
Poslije jednog cijepljenje javila mi se alergija	~ da	~ ne
Preosjetljiv/a sam na bjelanjak od kokošijeg jajeta	~ da	~ ne
Uzimam lijekove za razrjeđivanje krvi	~ da	~ ne
Trudna sam	~ da	~ ne
Samo za djecu do 10 godina:	~ 1. cijepljenje	
	~ 2. cijepljenje	

Nemam više pitanja i želim se cijepiti

Datum i potpis:

Dokumentacija o cijepljenju (popunjavanje ured za cijepljenje)

Cjepivo:

1. Doza ~ Datum Br.šarže

2. Doza ~ Datum Br.šarže

Adresa ureda za cijepljenje (žig)

Ime, prezime i potpis liječnika

(Original za cijepljenu osobu, kopija za ured za cijepljenje)