



Izjava o pristanku na vakcinisanje protiv influence A(H1N1)

Molimo Vas da popunite štampanim slovima.

Prezime: Ime:

Datum rođenja:

Ulica:

Pošt.broj: Mesto:

Br.zdr.blagajne (na kartici osiguranika):

Br.osiguranika (na kartici osiguranika):

- Svojim potpisom potvrđujem da radim u zdravstvenoj ustanovi ili ustanovi za negu lica, u službi za spasavanje, u vatrogasnoj službi ili u policiji.
- Svojim potpisom potvrđujem da patim od bolesti zbog koje mogu da budem prioritarno vakcinisan.
- Ne spadam ni u jednu od gore navedenih grupa.

Pročitao/la sam i razumeo/la list sa objašnjenjima	~ da	~ ne
Želim da razgovaram sa lekarom	~ da	~ ne
Imam temperaturu (telesna temperatura preko 38°C)	~ da	~ ne
Posle jedne vakcinacije javila mi se alergija	~ da	~ ne
Preosetljiv/a sam na belance od kokošijeg jajeta	~ da	~ ne
Uzimam lekove za razređivanje krvi	~ da	~ ne
Trudna sam	~ da	~ ne
Samo za decu do 10 godina:	~ 1. vakcinacija	
	~ 2. vakcinacija	

Nemam više pitanja i želim da se vakcinišem

Datum i potpis:

Dokumentacija o vakcinaciji (popunjavanje služba za vakcinaciju)

Vakcina:

1. Doza ~ Datum Br.šarže

2. Doza ~ Datum Br.šarže

Adresa službe za vakcinaciju (pečat)

Ime, prezime i potpis lekara

(Original za vakcinisano lice, kopija za službu za vakcinaciju)