



A(H1N1) Grip Aşısı Kabul Bildirisi

Lütfen okunaklı harfler ile doldurunuz.

Soyadı: İsim:

Doğum tarihi:

Cadde:

Posta kodu:Şehir:

Sigorta Kasası No (Sigorta kartına göre):

Sigorta No (Sigorta kartına göre):

- Bir sağlık ya da bakım kuruluşunda, bir kurtarma hizmetinde, itfaiye ya da polis teşkilatında çalıştığımı imzam ile kabul ediyorum.
- Aşı vurulmayı tercih ettiğim sırada bir hastalığım bulunduğunu imzam ile kabul ediyorum.
- Yukarıdaki iki gruba da dâhil değilim.

Bilgilendirme formunu okudum ve anladım	~ evet	~ hayır
Bir doktor görüşmesi istiyorum	~ evet	~ hayır
Ateşim var (vücut sıcaklığım 38°C'nin üzerinde)	~ evet	~ hayır
Daha önce olduğum bir aşıdan sonra alerjik reaksiyonlar oluşmuştu	~ evet	~ hayır
Yumurta akına karşı alerjim bulunmaktadır	~ evet	~ hayır
Kanı inceltici ilaç kullanmaktayım	~ evet	~ hayır
Hamileyim	~ evet	~ hayır
Sadece 10 yaşın altındaki çocuklar için:	~ 1. aşı	
	~ 2. aşı	

Başka sorum yok ve aşı olmak istiyorum.

Tarih ve İmza :

Aşı dokümantasyonu (aşı merkezince doldurulacaktır)

Aşı maddesi:

1. Doz ~ Tarih Aşı kod Nr.

2. Doz ~ Tarih Aşı kod Nr.

Aşı merkezinin adresi (Kaşe)

Doktorun adı ve imzası

(Orijinali aşı olan kişi, kopyası aşı merkezi içindir)