

## OLTÁSI AKCIÓNAPOK:

Az oltási akcióhetek sikerére és az omikron vírus magyarországi megjelenésére tekintettel **újabb oltási akciónapokat szervez a Soproni Gyógyközpont a Várisi úti oltóponton az alábbi időpontokban:**

Dátum	Nap	Időpont
<b>2022. január 20-21.</b>	csütörtök-péntek	14-18 óra között
<b>2022. január 22.</b>	szombat	10-18 óra között
<b>2022. január 27-28.</b>	csütörtök-péntek	14-18 óra között
<b>2022. január 29.</b>	szombat	10-18 óra között

Ezúttal is **előzetes időpontfoglalás nélkül** és **helyszíni regisztrációval** lehet felvenni akár az első, akár az elmaradt második, akár a megerősítő harmadik oltást.

**Az oltási akciónapokon csak a 12 év felettek oltása történik a Várisi úti oltóponton!** Az Országos Oltási Munkacsoport döntése alapján már a **12-18 éves korosztály számára is elérhető a Covid-19 elleni harmadik adag vakcina felvételének lehetősége a soproni oltóponton.**



**HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT 12-18 ÉVES SZEMÉLYEK RÉSZÉRE  
COVID-19 FERTŐZÉS ELLENI VAKCINA HARMADIK DÓZISÁNAK  
BEADÁSÁHOZ**

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!

Páciens/gyermek neve:	
Születési dátum:	
TAJ szám:	
Lakcím:	
Telefonszám:	
e-mail cím:	
A törvényes képviselő (szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő vagy gyám) illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §-ának (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve és telefonszáma:*	Név:  Telefonszám:

**\* 18. életévét betöltött személyek esetében nem szükséges kitölteni**

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszullete?		
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 1. oltását? Oltás dátuma:		
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 2. oltását? Oltás dátuma:		
A COVID-19 elleni oltás(oka)t követően volt-e súlyos oltási reakciója pl. thrombosis?		

Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója?		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok)		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést? (i.e.: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek)		
Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Egyéb (Jelenleg várandós-e vagy tervez-e várandósságot 3 hónapon belül, szoptat-e):		

Amennyiben a gyermek előzetesen megnevezte azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdés a) pontja és 16. §-nak (6) bekezdése, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján megtett nyilatkozat eredeti vagy hiteles másolati példányának bemutatásával igazolom, hogy a gyermek helyett jogosult vagyok beleegyező nyilatkozatot tenni. \*\*

**\*\*18. életévét betöltött személyek esetében nem alkalmazandó**

....., 2022.....

.....

**A gyermek aláírása (12 év felett)**                      **Törvényes képviselője/beleegyezési jogot gyakorló személy aláírása**

.....

**Aláírás\*\*\***

**\*\*\* Nagykorú személyek esetében saját aláírásuk helye**

## HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

### COVID-19 elleni emlékeztető oltás (3. oltás, Janssen oltóanyag esetén 2. oltás) beadásához

Név: Születési dátum:  
TAJ szám: Lakcím:  
Telefonszám: email cím:

KÉREM VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 1. oltását? oltóanyag típusa: oltás dátuma:		
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 2. oltását? oltóanyag típusa: oltás dátuma:		
A COVID-19 elleni oltás(oka)t követően volt-e súlyos oltási reakciója pl. thrombosis?		
A COVID-19 elleni oltást követően volt-e anafilaxiás reakciója?		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben?		
<b>(Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok)</b>		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést?		
Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandósságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

Dátum:.....

.....

Aláírás

## HOZZÁJÁRULÓ NYILTKOZAT

### COVID-19 elleni emlékeztető oltás (4. oltás, Janssen vakcinával való alapimmunizálás esetén megerősítő oltás) beadásához

Név:

Születési dátum:

TAJ szám:

Lakcím:

Telefonszám:

email cím:

KÉREM VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Mikor kapta a COVID-19 elleni 3. emlékeztető oltását? oltóanyag típusa: oltás dátuma:		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója?		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? <b>(Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok)</b>		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést?		
Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

Dátum:.....

.....  
Aláírás