

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
2022. január 6-7.	csütörtök-péntek	14-18 óra között
2022. január 8.	szombat	10-18 óra között
2022. január 13-14.	csütörtök-péntek	14-18 óra között
2022. január 15.	szombat	10-18 óra között
2022. január 20-21.	csütörtök-péntek	14-18 óra között
2022. január 22.	szombat	10-18 óra között
2022. január 27-28.	csütörtök-péntek	14-18 óra között
2022. január 29.	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

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?		
(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, 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 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 rosszulléte?		
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**