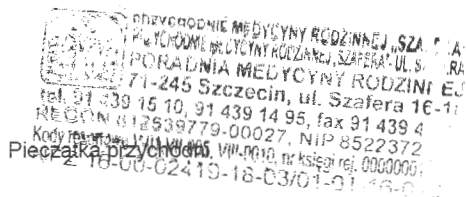




„Program polityki zdrowotnej pn. Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie- w całości finansowany jest ze środków Gminy Miasto Szczecin.”



Badanie przed szczepieniem p/grypie

Imię i nazwisko pacjenta

Adres: Szczecin ul.

PESEL

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Czy jest Pan /Pani uczulony(a) na białko jaja kurzego? | TAK | NIE |
| 2. Czy chorował Pan/Pani w ciągu ostatniego tygodnia na choroby infekcyjne? | TAK | NIE |
| 3. Czy czuje się Pan/Pani przeziębiony(a)-czy występuje gorączka, katar, kaszel? | TAK | NIE |
| 4. Czy w ciągu ostatnich 3 m-cy przyjmował(a) Pan/Pani krew? | TAK | NIE |
| 5. Czy miał Pan/Pani niepokojące objawy po poprzednich szczepieniach? | TAK | NIE |
| 6. Czy uczestniczył Pan/Pani w programie szczepień p/grypie w latach ubiegłych? | TAK | NIE |
| 7. Czy widzi Pan/ Pani konieczność kontynuacji takich programów w przyszłych latach? | TAK | NIE |

W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono przeciwwskazań do szczepienia.

Można szczepić przeciw grypie.

Data i godzina badania:

Pieczętka i podpis lekarza

Wyrażam zgodę na udział w Programie polityki zdrowotnej pn. Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie- w całości finansowany jest ze środków Gminy Miasto Szczecin.”

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem zapoznany z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) – (Klauzula informacyjna na odwrocie strony)

.....
Podpis pacjenta

Podano Szczepionkę Vaxigrip

Seria

Data i godzina

Podpis pielęgniarki

Potwierdzam wykonanie szczepienia.

.....
Podpis zaszczepionego pacjenta