

Lični podaci o osobi koja se vakciniše – naziv vakcine

Prezime*

Ime*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 znamenki)*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*

Pol* ženski muški različit inter otvoren nema unosa

Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, stubište, broj vrata)

Telefonski broj

E-mail adresa

Ev. ime zakonskog zastupnika

Molimo odgovorite na sljedeća pitanja za osobu koja će se vakcinisati

Ako je osoba koja će se vakcinisati proboljela bolest ili je primila neku drugu vakcinu između ipunjavanja Izjave o saglasnosti i stvarnog termina vakcinacije, informišite o tome doktora prije vakcinisanja. Na termin za vakcinaciju treba donijeti sve bilješke o vakcinisanju (pasoš o vakcinisanju, karticu o vakcinisanju) osobe koja će se vakcinisati.

1. Da li je osoba koja se vakciniše bila u zadnjih 7 dana bolesna ili još uvijek boluje od **akutne bolesti ili infekcije** (npr. povišena temperatura, kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)? Označiti odgovarajuće
 Da Ne

Ako da, od čega?

2. Da li osoba koja se vakciniše ima **alergiju na lekove ili sastojke u vakcini** (pogledajte informacije za korištenje)? Da Ne

Ako da, koje?

3. Da li je osoba koja se vakciniše imala **alergijski šok sa padom krvnog pritiska, teškim disanjem ili kolapsom**? Da Ne

Ako da, na šta?

4. Da li je kod osobe koje se vakciniše u **zadnje 4 sedmice bilo drugih vakcinisanja**, ili se trenutno provodi **imunoterapija specifična za alergiju/hiposenzibilizacija**? Da Ne

Ako da, koja i kada?

5. Da li je osoba koja se vakciniše u **posljednja 3 mjesec primila krv, krvne produkte ili imunglobuline**? Da Ne

Ako da, koje i kada?

6. Da li osoba koja se vakciniše redovno uzima **lijekove koji prorjeđuju krv**? Da Ne

Ako da, koje?

7. Da se kod osoba koja se vakciniše trenutno provodi **hemoterapija i/ili terapija zračenjem** ili osoba koja se vakciniše uzima **lijekove koji slabe imunitet** (npr. kortizon)? Da Ne

Ako da, koje?

8. Da li je kod vakcinisane osobe u prošlosti nakon vakcinisanja **bilo tegoba ili nuspojava** (sa izuzetkom lakših lokalnih reakcija poput crvenila, otekline, bolova na mjestu uboda ili lagane temperature)? Da Ne

Ako da, nakon kojeg vakcinisanja i koje vakcine?

9. Da li osoba koja se vakciniše ima **teška ili hronična oboljenja** (npr. imunodefijencija, karcinom, autoimuno oboljenje, smetnja zgrušavanja krvi, hronične upalne bolesti)? Da Ne

Ako da, koje?

10. Da li je osoba koja se vakciniše nedavno bila **operisana** ili je planiran takav zahvat kod osobe koja se vakciniše? Da Ne

Ako da, kada?

11. Da li osoba koja želi da se vakciniše **trudna**? Da Ne

Ako da, koja sedmica trudnoće?

Izjava o saglasnosti za vakcinisanje

verzija 1.0, stanje: 13.04.2022

Odgovarajuća, aktualna i potpuna verzija informacija za korištenje vakcine je dio ovog informativnog i dokumentacijskog formulara i dostupna je u elektronskom obliku, na zahtjev i u printanom obliku.

Informacije o korištenju vakcina koje se nalaze u besplatnom informativnom saveznom, pokrajinskom i socijalnom programu imunizacije dostupne su na:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>



Ako imate pitanja, obratite se svom doktoru.

Svojim potpisom potvrđujem:

- da sam pročitao/la i razumio/la informacije o korištenju navedene vakcine ili mi je to dovoljno objašnjeno. Mogao/la sam se tamo informisati o mogućim nuspojavama i okolnostima koje su protiv mog vakcinisanja.
- da time dovoljno razumijem korist i rizik od vakcinisanja pa mi zato nije potreban daljnji lični razgovor,
- da sam saglasan/na sa provođenjem vakcinisanja, i
- da sam informisan/na o tome da je obrada mojih ličnih podataka u registru vakcinisanja predviđena u skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzzerklaerung>).



Ako imate dodatnih pitanja, obratite se svom doktoru prije potpisivanja ovog obrasca.

Ako na licu mjesta ne postoji mogućnost za razgovor sa doktorom koji vrši vakcinisanje (npr. u slučaju vakcinisanja u školi), obratite se medicinskoj službi/uredu za zdravstvo nadležnog okružnog upravnog organa, Izjavu o saglasnosti potpišite tek nakon razgovora.

Za maloljetne (djeca prije navršene 14. godine života) ili osobe koje nisu sposobne odlučivati potrebna je saglasnost zakonskog zastupnika (skrbnik, zastupnik odraslih ili opunomoćenik za skrb) osobe koja se vakciniše. Mladi (maloljetni od navršene 14. godine života) mogu samostalno pristati, ako su sposobni za odlučivanje.

Datum (DD.MM.GGGG)

Potpis osobe koja se vakciniše ili zakonskog zastupnika

Važne informacije: U slučaju pojave reakcija (mučnina, kolaps, alergija itd.), ostanite u blizini doktora 20 minuta nakon vakcinisanja radi vlastite sigurnosti.

Ako primijetite nuspojave obratite se doktoru ili apotekaru. Oni su dužni prijaviti nuspojave na koje sumnjate.

Prijavu nuspojave možete međutim učiniti Vi ili Vaša rodbina. Ostale informacije o mogućnostima prijave pogledajte na

<https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> ili pozovite 0800 555 621.



Ako se propusti termin za vakcinaciju, to treba nadoknaditi što je prije moguće. Ostale informacije možete pronaći u brošuri

o vakcinaciji ili na web stranici Saveznog ministarstva za socijalna pitanja, zdravlje, njegu i zaštitu potrošača Savezno ministarstvo za socijalna pitanja, zdravlje, njegu i zaštitu potrošača www.sozialministerium.at u rubrici „Vakcinacija“.



Pažnja: Ostavite prazno – ispunjava služba za vakcinisanje

Služba za vakcinisanje/organizacija (broj ugovornog partnera, ako postoji)*

Prostor za službene bilješke doktora

Dogovorena vakcina*

Priprema od treće strane

Lijeva nadlaktica

Desna nadlaktica

Broj šarže (LOT ili Ch.B)*

Datum vakcinisanja (DD.MM.GGGG)*

Ime odgovornog doktora*

Ime osobe koja vrši vakcinisanje (ako se razlikuje)

Građanka/gradžanin ne može se jasno identifikovati

Potpis odgovornog doktora