

Oltott személy neve:

Születési helye, ideje:

TAJ száma:.....

Oltási nyilatkozat

Fent nevezett kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam az alábbiakról:

Kórokozó: Influenza

Oltóanyag: 3FLUART

Tudomásul veszem, hogy a védőoltás beadása után jelentkezhetnek az alábbi – általában enyhe és 48 órán belül spontán szűnő - tünetek:

leggyakrabban: a beadás helye körül kialakuló fájdalom, bőrpír, duzzanat, ritkábban: fejfájás, láz, rossz közérzet, izomfájdalom, ízületi fájdalom, karzisibbadás, ritkán: vérömleny (a beadás helyén), kiütés, viszketés, allergiás reakció, nagyon ritkán: ideggyulladás, bénulás, agyvelőbántalom, életveszélyes anaphylaxiás reakció.

Mivel a védőoltás nem kötelező, ezért a ki nem védhető esetleges szövődmények jelentkezésének kockázatát én vállalom.

Kérdéseimre érthetően választ kaptam.

Az oltást végző személyeket minden fontos betegségről, gyógyszeremről tájékoztattam, eltitkolt betegségeim nincs.

Jelenleg fertőző betegségben nem szenvedek, lázam, hőemelkedésem az elmúlt 2 napban nem volt.

Korábban nálam nem volt súlyos mellékhatás bármilyen oltás beadása kapcsán.

Nem kapok olyan kezelést/gyógyszert, ami az immunrendszerem működését befolyásolja.

Az oltás elmaradásának veszélyeit is ismertették velem, döntésemet ennek birtokában hoztam.

Ennek alapján kérem, hogy a fenti védőoltásban engem / általam képviselt személyt részesítsék.

Kelt: Szentendre, 2022.....

.....
Az oltásban részesülő (vagy törvényes képviselő) aláírása