

**MAGISTRAT GRADA BEČA**  
Magistratsko odjeljenje/Magistratski odjel 15 –  
Zdravstvena služba Grada Beča

**IZJAVA O SAGLASNOSTI/SUGLASNOSTI u vezi sa  
VAKCINACIJOM/CIJEPLJENJEM protiv SARSCoV2  
-VIRUSA  
iRNK-VAKCINOM/mRNA-CJEPIVOM**

**Comirnaty®**

**MOLIMO DA ODGOVORITE NA SLJEDEĆA PITANJA:**

(☒ Molimo da odgovarajuće označite krstićem/križićem)

Da li je Vaše dijete već jednom patilo od teških tegoba ili neželjenih reakcija/nuspojava nakon vakcinacije/cijepljenja osim od lakših lokalnih reakcija kao što su crvenilo, otok/oteklina, bolovi na mjestu uboda ili blaga temperatura/ vrućica?	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Ako da, od koje? .....		
Da li Vaše dijete trenutno ima temperaturu/vrućicu ili je imalo u posljednje 2 sedmice/nedelje/posljednja 2 tjedna?	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Da li Vaše dijete trenutno boluje od kašlja, kijavice/hunjavice, grlobolje? Da li trenutno postoji neka druga infekcija?		
Da li Vaše dijete pati od neke alergije (na primjer na albumin, lijekove)? Ako da, od koje? .....	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Ako Vaše dijete trenutno prima terapiju injekcijama protiv supstanca/tvari koje izazivaju alergiju: Kada je primilo posljednju injekciju?..... Kada je planirana sljedeća injekcija?.....		
Da li kod Vašeg djeteta postoji urođena ili stečena deficijencija imunološkog sistema/sustava odnosno oboljenje imunološkog sistema/sustava? Ako da, koje?	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Da li Vaše dijete redovno uzima lijekove (na primjer kortizon, citostatike, lijek radi razrjeđivanja krvi)? Ako da, koje?	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Da li Vaše dijete trenutno prima hemoterapiju/kemoterapiju i/ili terapiju zračenjem?	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Da li Vaše dijete pati od nekog teškog ili hroničnog/kroničnog oboljenja (na primjer raka, autoimune bolesti, poremećaja zgrušavanja krvi)? Ako da, od kojeg?	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Da li se Vaše dijete prije kraćeg vremena moralo podvrgnuti nekoj interventnoj terapiji (na primjer operaciji)?	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Da li Vaše dijete boluje od nekog hroničnog/kroničnog upalnog oboljenja mozga ili kičmene/kralježične moždine? Da li je Vaše dijete imalo nekada epileptičke napade?	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Da li je Vaše dijete u posljednja 3 mjeseca primilo krv, proizvode od krvi ili imunoglobuline?	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Ako je utvrđeno da je maloljetnica trudna, molimo da odgovarajuće označite	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>

krstićem/križićem.		
Da li je Vaše dijete u posljednje 4 sedmice/nedelje/posljednja 4 tjedna primilo neku drugu vakcinu/neko drugo cjepivo? Ako da, koju/koje i kada?	da <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>

Molimo okrenite list – hvala!

MA 15 – SD..... – 112021 - 1/2

Einverständniserklärung zur Schutzimpfung mit Comirnaty®

Molimo da popunite štampanim/tisanim slovima - hvala

----- Prezime djeteta	----- Ime djeteta
----- Adresa	
-----	----- Datum rođenja djeteta: dan/mjesec/godina
----- Ime osobe sa starateljskim pravom	

Svojim potpisom potvrđujem da sam pažljivo pročitao/la i razumio/razumjela informativni list kao i informacije o upotrebi/uporabi gore navedene vakcine/navedenog cjepiva (Comirnaty®). Tamo sam poučen/a o sastavu vakcine/cjepiva kao i kontraindikacijama pri davanju vakcine/cjepiva i mogućim neželjenim reakcijama/nuspojavama vakcine/cjepiva te potvrđujem da sam ove informacije razumio/razumjela.

Imao/la sam prilike razgovarati sa ljekarkom/liječnicom odnosno ljekarem/liječnikom o otvorenim pitanjima za vrijeme ordinacije službe školskog ljekara/liječnika, ali dovoljno sam poučen/a o koristi i riziku vakcine/cjepiva te mi više nije potreban lični/osobni razgovor.

Saglasan/suglasan odnosno saglasna/suglasna sam sa prosljeđivanjem podataka zdravstvenoj službi da bi ona mogla izraditi anonimiziranu statistiku za Savezno ministarstvo za socijalna pitanja/socijalnu skrb, zdravstvo, njegu i zaštitu potrošača.

**Saglasan/saglasna odnosno suglasan/suglasna sam sa provođenjem vakcinacije/cijepljenja.**

.....  
Datum

.....  
Potpis osobe sa starateljskim pravom

**UPUTSTVO/UPUTA:**

Ukoliko želite koristiti mogućnost ličnog/osobnog razgovora sa ljekarkom/liječnicom odnosno ljekarem/liječnikom za vrijeme ordinacije službe školskog ljekara/liječnika, molimo Vas da Izjavu o saglasnosti/suglasnosti potpišete tek poslije obavljenog razgovora te da istu lično/osobno predate školskom ljekaru/liječniku.

**Napomene ljekara/liječnika:**

.....  
Datum

.....  
Pečat i potpis ljekara/liječnika odnosno ljekarke/liječnice