

VİYANA BELEDİYE İDARESİ
Belediye Dairesi 15 – Viyana Şehiri Sağlık Hizmetleri

SARSCoV2 VİRÜSÜ'NE KARŞI KORUNMA AŞISI İÇİN MUVAFAKATNAME
mRNA – Koruyucu aşı maddesi Comirnaty®

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ SORULARI CEVAPLAYINIZ:

([] Boşluğun içerisinde işaretleyiniz)

Çocuğunuzun aşı olduktan sonra kızarıklık, şişkinlik, aşı bölgesi ağrısı, hafif ateş gibi hafif bölgesel reaksiyonlar dışında ciddi şikayetleri veya tecrübe ettiği başka yan etkiler oldu mu? Oldu ise hangileri?.....	Evet []	Hayır []
Çocuğunuzun şuan veya geçtiğimiz iki hafta içerisinde ateşi varmıydı? Çocuğunuzun şuan öksürük, burun akıntısı, boğaz ağrısı gibi şikayetleri var mı? Şuan bir diğer enfeksiyona sahipmidir?	Evet []	Hayır []
Çocuğunuzun herhangi bir alerjisi (örneğin tavuk proteini, veya ilaç) varmıdır? Eğer var ise hangileri? Eğer çocuğunuz alerji oluşturan maddelere karşı enjeksiyon terapisi görüyor ise: Son enjeksiyon ne zamandı?..... bir sonraki enjeksiyon ne zaman için planlandı?.....	Evet []	Hayır []
Çocuğunuzun doğuştan veya sonradan edindiği herhangi bir bağışıklık sistemi zayıflığı veya hastalığı varmıdır? Eğer var ise hangisi?.....	Evet []	Hayır []
Çocuğunuz düzenli olarak ilaç alıyor mu (örneğin Cortison, kan inceltmek için Zytostatika)? Eğer alıyor ise hangileri?	Evet []	Hayır []
Çocuğunuz kemoterapi ve/veya ışın tedavisi görüyor mu?	Evet []	Hayır []
Çocuğunuzun ağır veya kronik herhangi bir hastalığı (örneğin kanser, otoimmünrahatsızlığı, kan pıhtılaşma rahatsızlığı) var mı? Eğer var ise hangisi?	Evet []	Hayır []
Çocuğunuza kısa süre öncesinde cerrahi müdahale yapıldı mı? (örneğin ameliyat)	Evet []	Hayır []
Çocuğunuzun bir beyinde veya omuriliğinde kronik iltihaplı hastalık var mı? Çocuğunuz hiç epilepsi nöbeti geçirdi mi?	Evet []	Hayır []
Çocuğunuz geçtiğimiz 3 ay içerisinde, kan, kan mamülü veya immünoglobulin aldı mı? Eğer genç kızımız hamile ise lütfen işaretleyiniz!	Evet []	Hayır []
Çocuğunuz geçtiğimiz 4 hafta içerisinde başka bir aşı daha oldu mu? Eğer oldu ise hangisi ve ne zaman?.....	Evet []	Hayır []

Lütfen sayfayı çeviriniz – Teşekkürler!

MA 15 – SD.....-112021 – 1 / 2 Comirnaty® koruyucu aşı için muvafakatname

Lütfen büyük harflerle doldurunuz – Teşekkürler

Çocuğun soyismi	Çocuğun ismi
Adres	
	Çocuğun doğum tarihi: Gün/Ay/Yıl
Velinin imzası	

İmzam ile beraber, bu bilgi yazısını ve yukarıda bahsedilen aşı maddesi (Comirnaty®) kullanım bilgisini titizce okuduğumu ve anladığımı tasdikliyorum. Orada aşı maddesinin bileşimi, enjeksiyonun uygun olmadığı durumlar ve aşının olası yan etkileri hakkında bilgilendirildim ve bu bilgileri idrak ettim.

Okul doktorluğunun hizmet saatleri sırasında doktorla konuşma ve ona soru sorma imkanım oldu, aşının faydası ve riski hakkında yeterince bilgilendirildim ve ilave bir kişisel görüşmeye daha ihtiyacım yoktur.

BMSGPK`ya (sosyal, sağlık, bakım ve tüketici haklarından sorumlu bakanlık) anonim istatistik üretilmesi için verilerimin Sağlık Hizmetleri“ne aktarılmasına izin veriyorum.

Koruyucu aşının uygulanmasını kabul ediyorum.

.....
Tarih

.....
Velinin imzası

Not:

Okul doktorluğunun hizmet saatleri sırasında doktorla bireysel görüşme imkanından faydalanmak istiyorsanız, bu muvafakat kağıdını doktor tarafından bilgilendirildikten sonra doldurup okul doktorun kendisine teslim etmenizi rica ederiz.

Doktor Beyanları:	
..... Tarih Doktorun kaşesi ve imzası

MA 15 – SD.....-112021 – 2 / 2 Comirnaty® koruyucu aşı için muvafakatname