

**Lični podaci vakcinisane osobe – naziv vakcine**

Prezime\*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 cifara)\*

Rod\*       ženski       muški       fluidni

Adresa (poštanski broj, mesto, ulica, broj kuće, sprat, broj stana)

E-mail adresa

Ime\*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)\*

interseksualni       otvoreni       bez izjašnjavanja

Broj telefona

U slučaju potrebe ime zakonskog zastupnika

**Molimo odgovorite na dole navedena pitanja za osobu koja se vakciniše**

Ukoliko je osoba koja treba da se vakciniše prebolela ili primila neku drugu vakcnu između popunjavanja izjave o saglasnosti i samog termina za vakcinaciju, molimo vas da o tome obavestite lekara pre vakcinacije. Prilikom termina za vakcinaciju osoba koja se vakciniše treba predložiti svu evidenciju o vakcinaciji (npr. pasoš vakcinacije, isprava vakcinacije, karton vakcinacije).

**1. Da li osobu koja se vakciniše u proteklih 7 dana imala akutnu bolest ili infekciju (npr.**

temperatura, kašalj, curenje nosa, upaljeno grlo, drugo)?

Pravilno izaberite

Da       Ne

Ako je odgovor

Da, usled čega?

**2. Da li osoba koja se vakciniše ima alergiju na lekove ili sastojke vakcine (vidi informacije o upotrebi)?**

Da       Ne

Ako je odgovor

Da, koje?

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

Da       Ne

Ako je odgovor

Da, na što?

**4. Da li je osoba koja se vakciniše primila u poslednje 4 nedelje neku drugu vakcnu, ili da li se trenuto sprovodi kod osobe koja se vakciniše imunoterapija specifična za alegene/hiposenzibilizacija?**

Da       Ne

Ako je odgovor Da, koju i kada?

**5. Da li je osoba koja se vakciniše primila u poslednja 3 meseca krv, krvne proizvode ili imunglobuline?**

Da       Ne

Ako je odgovor Da, koje i kada?

**6. Da li osoba koja se vakciniše redovno uzima lekove za razređivanje krvi?**

Da       Ne

Ako je odgovor

Da, koje?

**7. Da li je osoba koja se vakciniše trenutno na hemoterapiji i/ili terapiji zračenjem ili uzima imunosupresivne lekove (npr. kortizon)?**

Da       Ne

Ako je odgovor

Da, koje?

**8. Da li je osoba koja se vakciniše u prošlosti imala poteškoće ili neželjene efekte nakon vakcinacije (sa izuzetkom blage lokalne reakcije kao što je crvenilo, otok, bol na mestu uboda ili blaga temperatura)?**

Da       Ne

Ako je odgovor Da, nakon koje vakcinacije i kako?

**9. Da li je osoba koja se vakciniše ima teške ili hronične bolesti(npr. imunodeficijencija, rak, autoimuna bolest, poremećaj zgrušavanja krvi, hronične inflamatorne bolesti)?**

Da       Ne

Ako je odgovor

Da, koje?

**10. Da li je osoba koja se vakciniše nedavno bila operisanili planiran operativni zahvat?**

Da       Ne

Ako je odgovor

Da, kada?

**11. Da li je osoba koja se vakciniše trudna?**

Da       Ne

Ako je odgovor Da, u kojoj ste nedelji trudnoće?

## Izjava o saglasnosti za vakcinaciju

Verzija 3, stanje: 17. jul 2024.

Odgovarajuća, aktuelna i potpuna verzija uputstva za upotrebu vakcine je deo ovog informativnog i dokumentacionog lista i dostupna je u elektronskom obliku, na zahtev i u štampanom obliku.

Uputstva za upotrebu vakcina koje se nalaze u javnom saveznom, državnom i programu imunizacije socijalnog osiguranja dostupne su na: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>



U nekim slučajevima Nacionalni komitet za vakcinaciju preporučuje upotrebu vakcina van odobrenja kako bi se onima koji se vakcinišu pružio najbolji mogući tretman zasnovan na dokazima.. Off-label upotreba zahteva povećanu pažnju i posebne zahteve za informacijama.

Dodatne informacije i preporuke za vakcinaciju koje važe za Austriju mogu se naći u brošuri o vakcinaciji ili na veb sajtu Saveznog ministarstva za socijalna pitanja, zdravlje, brigu i zaštitu potrošača pod: [www.sozialministerium.at/impfen](http://www.sozialministerium.at/impfen)



### Ako imate dodatnih pitanja, molimo obratite se pre potpisivanja ovog upitnika svojoj lekarki ili svom lekaru za lični razgovor.

Ukoliko ne postoji mogućnost ličnog razgovora sa lekarkom ili lekarom koji obavlja vakcinaciju na (npr. u slučaju školske vakcinacije), molimo Vas da kontaktirate medicinsku/zdravstvenu službu vašeg nadležnog lokalnog organa uprave i da potpišete izjavu o saglasnosti tek nakon što se obavili razgovor.

U slučaju mlađih maloletnika (deca mlađa od 14 godina) ili osoba nesposobnih za odlučivanje, mora se dobiti saglasnost zakonskog zastupnika (zakonskog staratelja, punoletnog zastupnika ili ovlašćenog zastupnika) lica koje se vakciniše. Mladi (zreli maloletnici od 14 godina) mogu sami dati dati svoj pristanak ako imaju sposobnost donošenja odluka.

Svojim potpisom potvrđujem:

- da sam pročitao i razumeo uputstva za upotrebu pomenute vakcine ili da mi je ovo dovoljno objašnjeno.  
Pri tome sam mogao da se informišem o mogućim neželjenim dejstvima i okolnostima koji govore protiv moje vakcinacije.
- da sam dovoljno razumeo korist i rizik od vakcinacije i da mi zato nije potreban dalji lični razgovor,
- da sam saglasan sa sprovođenjem vakcinacije, i
- da sam obavešten da je obrada mojih ličnih podataka planirana u registru vakcinacije  
u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj telematici 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Datum (DD.MM.GGGG) Potpis lica koje se vakciniše ili zakonskog zastupnika

--	--

**Važne informacije:** Za slučaj bilo kakvih mogućih reakcija (mučnina, nesvestica, alergija itd.), molimo vas da radi vaše bezbednosti ostanete u blizini lekara ili lekarke 20 minuta nakon vakcinacije.

Ako sumnjate na neželjene efekte, razgovarajte sa svojom lekarkom ili lekarom ili apotekarkom ili apotekarom. Oni su dužni da prijave sumnjeve neželjene efekte. Vi ili vaša rodbina takođe možete prijaviti neželjene efekte. Dodatne informacije o mogućnostima izveštavanja možete pronaći na adresi <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> ili kontaktirajte +43 (0) 50 555 36600.



### Pažnja: Ostavite prazno – popunjava samo služba za vakcinaciju

Služba/organizacija za vakcinaciju  
(broj ugovornog partnera, ako je dostupan)\*

--

- Priprema treće strane       Leva nadlaktica  
 Off-label upotreba       Desna nadlaktica

Primenjena vakcina\*

--

Broj serije (LOT ili Ch.B)\*

--

Ime i prezime odgovorne lekarke /  
odgovornog lekara\*

--

Prostor za medicinske beleške

--

Datum vakcinacije (DD.MM.GGGG)\*

--

Ime vakcinisane osobe (ako se razlikuje)

--

- Lica koje se vakciniše nije jasno  
identifikovano.

Potpis odgovorne lekarke / odgovornog lekara

--