Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak[a]	Nie	Nie wiem[a]
5.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu występuje zaostrzenie choroby przewlekłej?			
6.	Czy osoba poddawana szczepieniu otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Czy osoba poddawana szczepieniu choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			
8.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?			
9.	(tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu jest w ciąży?			
10.	(tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu karmi dziecko piersią?			

a) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia. Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza. **Kwalifikację do szczepienia osób w wieku do 15 lat prowadzi lekarz.**

Pytania w miejscu szczepienia		Tak	Nie
1.	Czy są wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania?		

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

..... Data: ...../godz. .....
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

***Oświadczenie**

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

.....
Data i czytelny podpis
(*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 lat)

Zgoda przedstawiciela ustawowego

Ja ..... PESEL: .....,
(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego)
legitymujący/a się: .....seria: ..... nr:.....
(nazwa dokumentu tożsamości)
oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:
.....data ur....., PESEL:.....
(imię i nazwisko/data urodzenia/PESEL osoby małoletniej)
i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19 w dniu: .....,

.....
Data i czytelny podpis
(podpis przedstawiciela ustawowego)