

IZJAVA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE IN VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTA PRED CEPLJENJEM

Spodaj podpisani/a _____, rojena/a _____, se strinjam z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ¹.

Cepil/a se bom proti: _____.

Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta ustna pojasnila.

Hkrati izjavljam, da v preteklih 14 dneh:

- nisem imel povišane telesne temperature (nad 37,5 stop. C);
- nisem bil prehlajen;
- nisem kašljal;
- nisem imel bolečine v grlu ali žrelu;
- nisem imel spremenjenega okusa ali vonja;
- nisem imel občutka težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu;
- nisem imel bolečine v mišicah;
- nisem imel prebavnih težav (driske ali bruhanja);
- nihče od drugih doma ali v službi ni imel zgoraj naštetih težav;
- nisem imel pozitivnega brisa na COVID-19;
- nisem bil v stiku s COVID-19 potrjenim pacientom (oboleli svojci, sostanovalci itd.).

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb.

Datum: _____

Podpis: _____

Žig in podpis cepitelja:

Zakonske podlage:

Zakon o nalezljivih boleznih (Ur. list RS št. 33/2006 UPB), Zakon o varnosti in zdravljenju pri delu (Ur. list RS št. 43/2011), Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Ur. list RS št. 74/1999, 92/2006, 10/2011) ter Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za tekoče leto.

¹ <http://www.nijz.si/sl/pojasnilna-dolznost-pred-cepljenjem>