

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT / STATEMENT OF CONSENT / ЗАЯВА ПРО ЗГОДУ

**COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához /For the administration of
COVID-19 vaccine/на щеплення від COVID-19**

Név/Name/Прізвище, ім'я: Születési dátum/Date of birth/Дата народження:

Útlevel szám/No. of passport/№ ТАЙ картки: Telefonszám/Phone number/Телефон:

Személyazonosító igazolvány okmányazonosítója / ID number / Ід. номер документа, що посвідчує особу: E-mail cím/E-mail address/Електронна адреса:

KÉREM VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)* / PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS! (Check all that apply)* / ПРОХАННЯ ВІДПОВІСТИ НА НАСТУПНІ ЗАПИТАННЯ! (Позначити відповідне)*

	Igen/Yes/Так	Nem/ No /Hi
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.) / Do you have any chronic illness? (diabetes, high blood pressure, asthma, heart disease, kidney disease, etc.) / Чи є у Вас тривала хронічна хвороба? (діабет, гіпертонія, Астма, хвороба серця, нирок тощо):		
Rendszeresen szed-e gyógyszert? / Do you take medicine regularly? / Чи приймаєте Ви регулярно ліки?		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? / Do you have any allergies (food, medicine, other)? / Чи є у Вас будь-яка алергія (на харчові продукти, ліки тощо)?		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszullete? / Have you previously had a malaise during blood draws or vaccinations? / Чи ставало Вам погано раніше при здачі крові або введенні ін'єкції?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikumallergia, lázcsillapító allergia NEM!) / Did you have an anaphylactic reaction after administration of any vaccine? (Note: unknown drug-induced anaphylaxis is exclusion criteria, but antibiotic allergy, antipyretic allergy is NOT!) / Чи була у Вас анафілактична реакція після щеплення? (Примітка: анафілаксія від невідомого фармацевтичного препарату є ПРОТИПОКАЗАННЯМ, алергія на антибіотики, жарознижуючі препарати – НІ!)		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? / Have you had any acute illness in the last 4 weeks? / Чи була у Вас будь-яка гостра хвороба за останні 4 тижні?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt fertőzés kizáró ok) / Have you had a febrile illness in the last 2 weeks? (Note: Acute febrile illness is exclusion criteria, infection within 3 months confirmed by PCR test is exclusion criteria) / Чи було у Вас підвищення температури за останні 2 тижні? (Примітка: гостра хвороба з підвищенням температури є ПРОТИПОКАЗАННЯМ,		

позитивний ПЛР тест в межах 3-х місяців є ПРОТИПОКАЗАННЯМ)		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik? / Do you have an autoimmune disease that is in active phase? / Чи є у Вас автоімунна хвороба, яка зараз протікає в активній фазі?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést? / In the last 3 months, have you received any treatment that weakens your immune system, such as: cortisone, prednisone, other steroids, immunobiologicals or anti-tumor medicines, or radiotherapy? / Чи отримували Ви за останні 3 місяці лікування, що послаблює імунну систему, наприклад: кортизон, преднізол, інші стероїди, імунобіологічні або протиракові препарати, променеви терапію?		
Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása? / Have you ever had a seizure, nervous system problem, paralysis? / Чи були у Вас раніше: спазматичний стан, проблема з нервовою системою, параліч?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérékenységben? / Do you suffer from hematopoietic disease, or haemophilia? / Чи є у Вас хвороба кровотворних органів, гемофілія?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? / Have you been vaccinated in the last 2 weeks? / Чи отримували Ви щеплення за останні 2 тижні?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza? / Do you currently have any symptom? / Чи є у Вас зараз будь-які скарги?		
Jelenleg várandós-e? / Are you pregnant? / Чи є Ви зараз вагітною?		
Tervez-e várandósságot 2 hónapon belül? / Are you planning to become pregnant within 2 months? / Чи плануєте Ви завагітніти за наступні 2 тижні?		
Szoptat-e? / Are you currently breastfeeding? / Чи годуєте Ви зараз грудьми?		
Allampolgársága szerinti vagy egyéb államban kapott már bármilyen fajta Sars-CoV-2 vírus elleni védőoltást? / Have you ever been vaccinated against Sars-CoV-2 virus in your home country or any other state? / Чи отримували Ви будь-яку вакцину від Sars-CoV-2 в країні громадянства або в іншій країні?		

* Az oltakozó személy tölti ki / The person intending to be vaccinated fills it out / Заповнює особа, яка отримує щеплення

**Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination /
Сертифікат вакцинації від SARS-CoV-2**

Beadott vakcina adatai (első adag) / Vaccine Information (first dose) / Дані про введену вакцину (перша доза)**

Név/Name/Прізвище, ім'я:

Születési dátum/Date of birth/Дата народження:

Útlevel szám/No. of passport/№ ТАЙ картки:

Az oltóanyag neve: / Name of the vaccine: / Назва вакцини:
Az oltóanyag gyártási száma: / Serial Number: / Серія вакцини:
Az oltás beadás melyik testrészbe történt: / The vaccine was administered into: / Частина тіла, де вводиться вакцина:
jobb váll / right arm / праве плече, ball váll / left arm / ліве плече jobb comb / right thigh / праве стегно, bal comb / left thigh / ліве стегно
Az oltás időpontja / Date of vaccination / Час вакцинації:
A következő oltás esedékessége: / The date of the next vaccination: / Введення наступної дози планується на:
Az oltást végző egészségügyi szolgáltató (megnevezése és címe): / The name and address of the health service provider: / Заклад, що проводить щеплення (назва та адреса):
Az oltást végző (felelős) orvos (az oltóorvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata: / The responsible doctor's signature and stamp: / Лікар (відповідальний), що робить щеплення (підпис та відбиток печатки лікаря, що ввів ін'єкцію):

** Az oltóhely tölti ki / Vaccination site fills it out / Заповнюється пунктом вакцинації

Dátum: / Date: / Дата:

.....
Aláírás / Signature / Підпис

**Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination /
Сертифікат вакцинації від SARS-CoV-2**

Beadott vakcina adatai két dózisú vakcina esetén (második adag) / Vaccine information (second dose)
/ Дані про вакцину, що введено у випадку дводозової вакцини (друга доза)**

Név/Name/Прізвище, ім'я:

Születési dátum/Date of birth/Дата народження:

Útlevel szám/No. of passport/№ ТАЙ картки:

Az oltóanyag neve: / Name of the vaccine: / Назва вакцини:
Az oltóanyag gyártási száma: / Serial Number: / Серія вакцини:
Az oltás beadás melyik testrészbe történt: / The vaccine was administered into: / Частина тіла, де вводиться вакцина:
jobb váll / right arm /праве плече, ball váll / left arm /ліве плече jobb comb / right thigh /праве стегно, bal comb / left thigh /ліве стегно
Az oltás időpontja / Date of vaccination / Час вакцинації:
Az oltást végző egészségügyi szolgáltató (megnevezése és címe): / The name and address of the health service provider: / Заклад, що проводить щеплення (назва та адреса):
Az oltást végző (felelős) orvos (az oltóorvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata: / The responsible doctor's signature and stamp: / Лікар (відповідальний), що робить щеплення (підпис та відбиток печатки лікаря, що ввів ін'єкцію):

** Az oltóhely tölti ki / Vaccination site fills it out / Заповнюється пунктом вакцинації

Dátum: / Date: / Дата:

.....
Aláírás / Signature / Підпис