

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT / STATEMENT OF CONSENT
5-11 ÉVES SZEMÉLYEK RÉSZÉRE
COVID-19 FERTŐZÉS ELLENI VAKCINA BEADÁSÁHOZ / FOR THE
ADMINISTRATION OF COVID-19 VACCINE (5-11 YEARS OLD)

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni! \ Please fill it with block letters!

Páciens/gyermek neve/Name:	
Születési dátum/Date of birth:	
Passport Number and/or Hungarian Social Security number	
Lakcím/Adress:	
Telefonszám/Phone Number:	
e-mail cím/ E-mail adress:	
<p>A törvényes képviselő (szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő vagy gyám) illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (2) bekezdés, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve és telefonszáma:/ Legal representatives (Parental supervisor or guardian) name and phone number</p>	<p>Név\Name:</p> <p>Telefonszám\Phone number:</p>

	Igen\Yes	Nem\No
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.):		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel \ If „Yes” please specify:		
Rendszeresen szed-e gyógyszert? \ Do you take medicine regularly?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel / If „Yes” please specify:		

Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb) / Do you have any allergies (food, medicine, other)?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel / If „Yes” please specify:		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte / / Have you previously had a malaise during blood draws or vaccinations?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!)/ / Did you have an anaphylactic reaction after administration of any vaccine? (Note: unknown drug-induced anaphylaxia is exclusion criteria, but antibiotic allergy, antipyretic allergy is NOT!)		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben / Have you had any acute illness in the past 4 weeks?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok) / Have you had a febrile illness in the past 2 weeks? (Note: Acute febrile illness is exclusion criteria)		
Terveznek-e műtétet a következő 1 hónapban / Are you planning any kind of surgery in the next 1 month? (Megjegyzés: elektív műtét után oltható.)		
Az elmúlt időszakban történt-e bármilyen egészségügyi kezelés, beavatkozás / Have you previously had any kind of medical treatment or surgery?		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik? / Do you have an autoimmune disease that is in active phase?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszert gyengítő kezelést? (i.e.: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek) In the past 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?		
Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása? \ Have you ever had a seizure, nervous system problem, paralysis?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben? / Do you have hematopoietic disease, or haemophilia?		

Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? /Have you been vaccinated in the past 2 weeks?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza? / Do you currently have any symptom?		
Egyéb \ Other:		

Amennyiben a gyermek előzetesen megnevezte azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (2) bekezdés, illetve az 57. § (4) bekezdése alapján meg tett nyilatkozat eredeti vagy hiteles másolati példányának bemutatásával igazolom, hogy a gyermek helyett jogosult vagyok beleegyező nyilatkozatot tenni.

If the child has previously named the person who is entitled to exercise the right of consent or refusal instead: By presenting the original or a certified copy of the declaration made pursuant to Section 16 (2) and Section 57 (4) of the 1997. CLIV. Health Act, I certify that I am entitled to make a consent statement on behalf of the child.

....., 2022.....

.....

Törvényes Képviselője/Beleegyezési Jogot gyakorló személy
Signature of Legal representative/ Person exercising the right of consent