

HOZZÁJÁRULÓ NYILTKOZAT (STATEMENT OF CONSENT)

COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához (For the administration of COVID-19 vaccine)

Név (Name):	Születési dátum (date of birth):
Útlevelezszám (No. of passport):	TAJ szám (NI-number):
Telefonszám (Phone number):	Email cím (email address):
Lakcím (Address):	

KÉREM VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)
PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS! (Check all that apply)

	Igen (Yes)	Nem (No)
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.): <i>Do you have any chronic illness? (diabetes, high blood pressure, asthma, heart disease, kidney disease, etc.):</i>		
Rendszeresen szed-e gyógyszert? <i>Do you take medicine regularly?</i>		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? <i>Do you have any allergies (food, medicine, other)?</i>		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte? <i>Have you previously had a malaise during blood draws or vaccinations?</i>		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikumallergia, lázcsillapító allergia NEM!) <i>Did you have an anaphylactic reaction after administration of any vaccine? (Note: unknown drug-induced anaphylaxis exclusion criteria, antibiotic allergy, antipyretic allergy NO!)</i>		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? <i>Have you had any acute illness in the last 4 weeks?</i>		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok) <i>Have you had a febrile illness in the last 2 weeks? (Note: Acute febrile illness exclusion criteria)</i>		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik? <i>Do you have an autoimmune disease that is in active phase?</i>		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítőkezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést? <i>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?</i>		
Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása? <i>Have you ever had a seizure, nervous system problem, paralysis?</i>		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben? <i>Do you suffer from hematopoietic disease, or haemophilia?</i>		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? <i>Have you been vaccinated in the last 2 weeks?</i>		
Jelenleg van-e bármilyen panasza? <i>Do you currently have any symptom?</i>		
Jelenleg várandós-e? <i>Are you pregnant?</i>		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül? <i>Are you planning to become pregnant within 2 months?</i>		
Szoptat-e? <i>Are you currently breastfeeding?</i>		
Állampolgársága szerinti vagy egyéb államban kapott már bármilyen fajta Sars-CoV-2 vírus elleni védőoltást? <i>Have you ever been vaccinated against Sars-CoV-2 virus in your home country or any other state?</i>		

Dátum (date):.....

.....
Aláírás (signature)