



MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

ŽIADOSŤ

o očkovanie proti ochoreniu COVID-19
pre deti vo veku 12 - 17 rokov + 364 dní

Upozornenie

Vážený zákonný zástupca, predkladáte žiadosť o podanie posilňovacej („booster“) dávky vakcíny proti ochoreniu COVID-19 pre deti vo veku 12 - 17 rokov + 364 dní registrovanou vakcínou proti ochoreniu COVID-19 v neschválenej indikácii. Vzhľadom na túto skutočnosť je dôležité, aby ste boli informovaní, že sa môžu vyskytnúť aj nežiadúce účinky, pričom medzi najčastejšie patrili bolesť v mieste vpichu, únava a bolesť hlavy, myalgia a triaška, artralgia a pyrexia, avšak môžu sa vyskytnúť aj iné, ktoré neboli doteraz zaznamenané a popísané. Podanie posilňovacej dávky vakcíny pre deti vo veku 12 – 17 rokov + 364 dní je možné na základe povolenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 46 ods. 3 písm. a) a 4 zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na terapeutické použitie registrovaného lieku v neschválenej indikácii.

DIEŤA

Meno:

Priezvisko:

Rodné číslo:

Bydlisko:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

Meno:

Priezvisko:

Rodné číslo:

Bydlisko: (pozn. neuvádza sa ak je zhodné s bydliskom dieťaťa)

Číslo občianskeho preukazu:

E-mail:

Telefón

Podpis zákonného zástupcu:

(pozn. táto žiadosť sa bude podpisovať až v ambulancii, ktorej sa vykonáva očkovanie proti ochoreniu COVID-19 po overení totožnosti zákonného zástupcu)

Dátum očkovania: