Zdravstveni dom Domžale

CEPLJENJE PROTI SEZONSKI GRIPI

IME PRIIMEK:_____

STAROST:_____

Ali imate kronično bolezen? DA NE

Ali obolevate za katero izmed spodaj navedenih kroničnih bolezni ? (obkrožite):

1. **bolezni srca in obtočil**
2. **kronične bolezni dihal**
3. **kronične bolezni jeter**
4. **kronične bolezni sečil**
5. **sladkorna bolezen**
6. **revmatološke bolezni**
7. **maligna obolenja**
8. **bolezni krvi**

Ali ste noseči? DA NE
posebnosti:_____

Ali ste imeli po katerem izmed cepljenj težave? DA NE

Ali ste alergični na jajca? DA NE

Ali ste imeli v zadnjih 14 dneh znake in simptome prehlada? DA NE

Ali ste bili v tesnem stiku z osebo, ki preboleva COVID-19? DA NE

Podpis pacienta:_____ **Domžale,**_____

S podpisom privoljujem v cepljenje proti gripi.