

## Date cu caracter personal ale persoanei care urmează să fie vaccinată

Nume de familie\*

Prenume\*

Număr de asigurare socială (toate cele 10 cifre)\*

Data nașterii (ZZ.LL.AAAA)\*

Sex:\*  feminin  masculin  divers

intersex  nedeterminat  nicio mențiune

Adresă (cod poștal, localitate, stradă, număr, scară)

Număr de telefon

Adresă de e-mail

După caz, numele reprezentantului legal

## Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări

Selectați răspunsul corespunzător

1. În ultimele 6-8 luni, ați suferit de COVID-19, conform rezultatului unui test PCR?

Da  Nu

Dacă da, când?

2. Suferiți sau ați suferit în ultimele 7 zile de o afecțiune sau o infecție acută? (de exemplu, febră, tuse, strănut, dureri în gât, altele)?

Da  Nu

Dacă da, de ce anume?

3. Ați manifestat vreodată un șoc alergic cu scăderea tensiunii arteriale, dificultăți respiratorii severe sau leșin?

Da  Nu

Dacă da, ce anume?

4. Urmați în prezent o imunoterapie alergen-specifică/ hiposensibilizare?

Da  Nu

Când vi s-a administrat ultima doză?

Când este planificată următoarea doză?

5. Ați avut, în trecut, probleme de sănătate sau reacții adverse ulterior unei vaccinări (cu excepția reacțiilor locale ușoare, precum roșeață, umflare, dureri la locul introducerii acului sau febră ușoară)?

Da  Nu

Dacă da, după ce vaccinare și ce probleme sau reacții?

6. Luați regulat medicamente anticoagulante?

Da  Nu

Dacă da, ce medicamente?

7. Suferiți de afecțiuni severe sau cronice (de exemplu, imunodeficiență, cancer, boli autoimune, coagulopatie, boli inflamatorii cronice)?

Da  Nu

Dacă da, ce afecțiuni?

8. Efectuați, în prezent, chimioterapie și/sau radioterapie sau luați medicamente imunosupresoare (de exemplu, cortizon)?

Da  Nu

Dacă da, ce anume?

9. Aveți planificată o intervenție chirurgicală?

Da  Nu

Dacă da, când?

10. Ați efectuat în ultimele 4 săptămâni un alt vaccin?

Da  Nu

Dacă da, ce vaccin și când?

11. Sunteți însărcinată?

Da  Nu

Dacă da, în ce săptămână de sarcină?

**Declarație de consimțământ**

Versiunea 4, ediția: 26.03.2021

După vaccinarea împotriva COVID-19 apar frecvent reacții la vaccin, care în mod obișnuit dispar de la sine în decurs de câteva zile. La locul vaccinării pot apărea frecvent dureri, roșeață și umflare. De asemenea, pot surveni foarte frecvent oboseală, dureri de cap, musculare sau articulare, umflarea ganglionilor limfatici, greață/vărsături, frisoane sau febră. Reacțiile care survin foarte frecvent afectează mai mult de 1 din 10 persoane vaccinate. Pentru detalii, consultați prospectul anexat. Dacă aveți alte întrebări, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră.

Prin semnătura mea, confirm:

- că am citit și am înțeles prospectul referitor la vaccinul menționat sau acesta mi-a fost explicat corespunzător. Din acest prospect m-am putut informa cu privire la posibilele reacții adverse și aspecte care sunt contraindicate vaccinării în ceea ce mă privește.
- că înțeleg în mod corespunzător beneficiile și riscurile vaccinării și că nu am nevoie de clarificări suplimentare,
- că sunt de acord cu efectuarea vaccinării gratuite și
- că am fost informat/ă cu privire la prelucrarea prevăzută a datelor mele cu caracter personal în Registrul de vaccinare conform Legii privind telematica în domeniul sănătății din 2012 (a se vedea <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



**În cazul în care NU sunteți de acord cu vaccinarea sau aveți nevoie de clarificări suplimentare din partea unui medic, vă rugăm să NU semnați prezenta declarație de consimțământ.**

În cazul minorilor fără capacitate de exercițiu (copii cu vârsta sub 14 ani) sau persoanelor fără discernământ, este necesară obținerea acordului reprezentantului legal (tutore sau reprezentant personal/persoană împuternicită privind deciziile de natură medicală) al persoanei care urmează să fie vaccinată. Tinerii trebuie să își exprime consimțământul pe cont propriu, în cazul în care dispun de capacitate de decizie.

Data (ZZ.LL.AAAA)    Semnătura persoanei care urmează să fie vaccinată sau a reprezentantului legal



**Informații importante:** Din cauza reacțiilor care pot apărea (greață, leșin, alergii etc.), pentru propria dumneavoastră siguranță, ulterior vaccinării, vă rugăm să rămâneți timp de 20 minute la centrul de vaccinare, pentru a permite o eventuală intervenție a unui cadru medical.

Raportarea reacțiilor adverse se poate realiza de către persoanele vaccinate/rudele acestora; medicul curant și farmacistul dumneavoastră au obligația de a raporta reacțiile adverse. În cazul în care suspectați că aveți reacții adverse, adresați-vă medicului sau farmacistului dumneavoastră, raportați direct reacțiile adverse respective accesând <https://www.basg.gv.at> sau apelați 0800 555 621.

**A se completa de către centrul de vaccinare**

Centru de vaccinare/Organizație (numărul contractantului, dacă este disponibil)\*

Spațiu pentru observații ale cadrelor medicale

Vaccin convenit:\*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty  
 Moderna: COVID-19 Vaccine Moderna  
 AstraZeneca: COVID-19 Vaccine Moderna  
 Janssen: COVID-19 Vaccine Moderna  
 Altul:

Doză de vaccin:\*

- Doza 1  
 Doza 2

 Pregătire de către o terță parte

- Partea superioară a brațului stâng  
 Partea superioară a brațului drept

Număr lot (LOT sau denumirea lotului)\*

Data vaccinării (ZZ.LL.AAAA)\*

Numele medicului responsabil\*

Numele persoanei care efectuează vaccinarea (în cazul în care este diferită de medicul responsabil)

 Cetățean

nu este identificabil în mod clar

Semnătura medicului responsabil