

## HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT / STATEMENT OF CONSENT

### COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához /For the administration of COVID-19 vaccine

Név/Name: \_\_\_\_\_ Születési dátum/Date of birth: \_\_\_\_\_

Útlevel szám/No. of passport: \_\_\_\_\_ Telefonszám/Phone number: \_\_\_\_\_

Személyazonosító igazolvány okmányazonosítója E-mail cím/E-mail address:  
/ ID number: \_\_\_\_\_

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.) / Do you have any chronic illness? (diabetes, high blood pressure, asthma, heart disease, kidney disease, etc.)		
Rendszeresen szed-e gyógyszert? / Do you take medicine regularly? /		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? / Do you have any allergies (food, medicine, other)?		
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? ( <b>Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikumallergia, lázcsillapító allergia NEM!</b> ) / Did you have an anaphylactic reaction after administration of any vaccine? ( <b>Note: unknown drug-induced anaphylaxis is exclusion criteria, but antibiotic allergy, antipyretic allergy is NOT!</b> )		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? / Have you had any acute illness in the last 4 weeks?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? ( <b>Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt fertőzés kizáró ok</b> ) / Have you had a febrile illness in the last 2 weeks? ( <b>Note: Acute febrile illness is exclusion criteria, infection within 3 months confirmed by PCR test is exclusion criteria</b> )		
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 immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést? / 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?		
Volt-e valaha görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása? / Have you ever had a seizure, nervous system problem, paralysis?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben? / Do you suffer from hematopoietic disease, or haemophilia?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? / Have you been vaccinated in the last 2 weeks?		

Jelenleg van-e bármilyen panasza? / Do you currently have any symptom?		
Jelenleg várandós-e? / Are you pregnant?		
Tervez-e várandósságot 2 hónapon belül? / Are you planning to become pregnant within 2 months?		
Szoptat-e? / Are you currently breastfeeding?		
Állampolgársága szerinti vagy egyéb államban kapott már bármilyen fajta Sars-CoV-2 vírus elleni védőoltást? / Have you ever been vaccinated against Sars-CoV-2 virus in your home country or any other state?		

\* Az oltakozó személy tölti ki / The person intending to be vaccinated fills it out

\_\_\_\_\_

## Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

Beadott vakcina adatai (első adag) / Vaccine Information (first dose)\*\*

Név/Name:

Születési dátum/Date of birth:

Útlevel szám/No. of passport:

<b>Az oltóanyag neve: / Name of the vaccine:</b>
<b>Az oltóanyag gyártási száma: / Serial Number:</b>
<b>Az oltás beadás melyik testrészbe történt: / The vaccine was administered into:</b>
jobb váll / right arm, ball váll / left arm jobb comb / right thigh, bal comb / left thigh
<b>Az oltás időpontja / Date of vaccination:</b>
<b>A következő oltás esedékessége: / The date of the next vaccination:</b>
<b>Az oltást végző egészségügyi szolgáltató (megnevezése és címe): / The name and address of the health service provider:</b>
<b>Az oltást végző (felelős) orvos (az oltóorvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata: / The responsible doctor's signature and stamp:</b>

\*\* Az oltóhely tölti ki / Vaccination site fills it out

Dátum: / Date:

.....  
Aláírás / Signature

## Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

Beadott vakcina adatai két dózisu vakcina esetén (második adag) / Vaccine information (second dose)\*\*

Név/Name:

Születési dátum/Date of birth:

Útleveél szám/No. of passport:

<b>Az oltóanyag neve: / Name of the vaccine:</b>
<b>Az oltóanyag gyártási száma: / Serial Number:</b>
<b>Az oltás beadás melyik testrészebe történt: / The vaccine was administered into:</b>
jobb váll / right arm, ball váll / left arm jobb comb / right thigh bal comb / left thigh
<b>Az oltás időpontja / Date of vaccination:</b>
<b>Az oltást végző egészségügyi szolgáltató (megnevezése és címe): / The name and address of the health service provider:</b>
<b>Az oltást végző (felelős) orvos (az oltóorvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata: / The responsible doctor's signature and stamp:</b>

\*\* Az oltóhely tölti ki / Vaccination site fills it out

Dátum: / Date:

.....  
Aláírás / Signature