



ZDRAVSTVENI DOM TRBOVLJE

Rudarska cesta 12, 1420 Trbovlje

Tel.: 03 56 24 100

Fax.: 03 56 24 101

E-pošta: info@zd-trbovlje.si

www.zd-trbovlje.si

SOGLASJE O CEPLJENJU OTROK DO 15 LET PROTI OKUŽBI S COVID 19

(se hrani v zdravstvenem kartonu)

Spodaj podpisani/a _____, zakoniti zastopnik/ca

ime in priimek otroka _____rojene/ga _____

SOGLAŠAM S CEPLJENJEM S CEPIVOM PFEIZER.

(obkrožite)

Datum:

Podpis zakonitega zastopnika/ce:

Prosimo, da odgovorite na naslednja vprašanja:

Ali vaš otrok preboleva kakšno bolezen? Katero?

NE / DA _____

Ali jemlje kakšna zdravila? Katera?

NE / DA _____

Ali je vaš otrok prebolel/a COVID 19? Kdaj?

NE / DA _____

Ali je imel/a kdaj hujšo alergijo na hrano? Katero?

NE / DA _____

Ali je imel/a kdaj hujšo alergijo na zdravila? Na katera?

NE / DA _____

Ali je imel/a kdaj hujšo reakcijo po cepljenju? Po katerem?

NE / DA _____

Nam želite kaj sporočiti? _____

_____.