



ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO
K R A N J

EVIDENČNI LIST CEPLJENJA AMBULANTE ZZV KRANJ

Datum obiska:

Priimek in Ime:

Spol: moški

Naslov:(samo pri prvem obisku)

ženski

EMŠO: (samo pri prvem obisku)

1	Navedite kakšno cepljenje želite opraviti?		
2	Ali ste bili v zadnjem mesecu že cepljeni proti kakšni bolezni?	DA	NE
3	Ali trenutno prebolevate kakšno akutno bolezen oz. jemljete antibiotik? Če prebolevate kakšno bolezen, navedite katero:	DA	NE
4	Ali imate avtoimuno obolenje ali katero od kroničnih bolezni srca, pljuč, jeter, ledvic, prebavil (ustrezno obkrožite) ali drugo (navedite):	DA	NE
5	Ali prejemate zdravila proti strjevanju krvi oz. imate motnjo v strjevanju krvi?	DA	NE
6	Ali ste preboleli virusno zlatenico (hepatitis)?	DA	NE
7	Ali ste alergični na pike žuželk, živalsko dlako, pršice, barvila, kemikalije (ustrezno obkrožite) ali drugo (navedite)?	DA	NE
8	Ali ste alergični na katerokoli hrano? Če ste navedite na katero (npr. jajca):	DA	NE
9	Ali ste alergični na kakšno zdravilo? Če ste, navedite na katero:	DA	NE
10	Ali ste imeli kdaj kakršnekoli reakcije po cepljenju? Če ste, navedite kakšne:	DA	NE

Izpolnijo samo ženske:

11	Ali ste oz. bi lahko bili noseči oz. načrtujete nosečnost?	DA	NE
----	--	----	----

Opombe:.....
.....
.....
.....

Podpisani sem seznanjen/a s kontraindikacijami, z možnimi stranskimi učinki po cepljenju in s potrebnimi ukrepi.

.....
Podpis (oz. podpis staršev mladoletnega otroka)

Naročilnica DA NE Plačnik:.....