

## 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 / ID number: \_\_\_\_\_ E-mail cím/E-mail address: \_\_\_\_\_

**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? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikumallergia, lázcsillapító allergia NEM!) / Did you have an anaphylactic reaction after administration of any vaccine? (Note: unknown drug-induced anaphylaxis is exclusion criteria, but antibiotic allergy, antipyretic allergy is NOT!)		
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? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt fertőzés kizáró ok) / Have you had a febrile illness in the last 2 weeks? (Note: Acute febrile illness is exclusion criteria, infection within 3 months confirmed by PCR test is exclusion criteria)		
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?		
Allampolgársága 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