

OLTÁSI NYILATKOZAT

Tudomásul veszem, hogy a védőoltás beadása után jelentkezhetnek az alábbi – általában enyhe és 48 órán belül spontán szűnő - tünetek:

- **leggyakrabban:** a beadás helye körül kialakuló fájdalom, bőrpír, duzzanat,
- **ritkábban:** fejfájás, láz, rossz közérzet, izomfájdalom, ízületi fájdalom, karzsibbadás,
- **ritkán:** vérömleny (a beadás helyén), kiütés, viszketés, allergiás reakció,
- **nagyon ritkán:** ideggyulladás, bénulás, agyvelőbántalom, életveszélyes anaphylaxiás reakció.

Mivel a védőoltás nem kötelező, ezért a ki nem védhető esetleges szövődmények jelentkezésének kockázatát én vállalom.

A magyar nyelvű részletes gyári tájékoztatót elolvastam, megértettem.

Kérdéseimre érthetően választ kaptam.

Az oltást végző személyeket minden fontos betegségről, gyógyszeremről tájékoztattam, eltitkolt betegsége nem.

Az oltás elmaradásának veszélyeit is ismertették velem, döntésemet ennek birtokában hoztam.

Ennek alapján kérem, hogy a fenti védőoltásban engem / általam képviselt személyt részesítsék.

.....

dátum

.....

aláírás