

Oznámenie o očkovaní v Senci

Na základe rozhodnutia prednostky Okresného úradu Senec a primátora mesta Senec sa uskutoční dňa 10. a 17. decembra 2021 **očkovanie proti ochoreniu COVID -19** v poradnej miestnosti Mestského úradu Senec.

Prihlasovací link na 10.12.2021 od 14:30 do 20:00 hod: <https://www.biont.sk/mobilne-ockovanie-covid-19/?cs=183>

Prihlasovací link na 17.12.2021 od 14:30 do 20:00 hod: <https://www.biont.sk/mobilne-ockovanie-covid-19/?cs=184>

Prihlásení záujemci o očkovanie dostanú sms-ku a email s presným časom ich očkovania najneskôr jeden deň pred očkovaním.

Prihlásiť sa môžete na prvú, druhú aj tretiu dávku za týchto podmienok:

- **na 1. dávku** sa môžu prihlásiť všetky osoby vo veku 12 rokov a staršie
- **na 2.dávku** sa môžete prihlásiť najskôr 21 dní po podaní prvej dávky očkovacej látky Comirnaty od spoločnosti Pfizer-BioNtech
 - Ak Vám bola podaná ako 1. dávka vakcína od spoločnosti **AstraZeneca** (na Slovensku sa v súčasnosti už nepoužíva), na 2. dávku sa použije vakcína Comirnaty. **Prihláste sa.**
 - Ak Vám bola podaná ako 1. dávka vakcína **Sputnik** (na Slovensku sa v súčasnosti už nepoužíva), na 2. dávku sa použije vakcína Comirnaty. **Prihláste sa.**
 - Ak Vám bola podaná ako 1. dávka vakcína od spoločnosti **Moderna**, na 2. dávku sa má použiť tá istá vakcína. Prosím, **neprihlasujte sa.**
- **na 3. dávku** sa môžu prihlásiť všetky osoby vo veku 18 rokov a staršie s odstupom minimálne 6 mesiacov po druhej dávke.
 - Ak Vám bola podaná ako 1. a 2. dávka vakcína od spoločnosti **Moderna**, na 3. dávku sa má použiť tá istá vakcína. Prosím, **neprihlasujte sa.**
 - Ak Vám bola podaná ako 1. a 2. dávka vakcína od spoločnosti **AstraZeneca** (na Slovensku sa v súčasnosti už nepoužíva), na 3. dávku sa použije vakcína Comirnaty. **Prihláste sa.**
 - Ak Vám bola podaná ako 1. a 2. dávka vakcína **Sputnik**, (na Slovensku sa v súčasnosti už nepoužíva), na 3. dávku sa použije vakcína Comirnaty. **Prihláste sa.**
- Zámena vakcín je vedecky overená, bezpečná a efektívna.
- V prípade záujmu o skoršie podanie 3.dávky ako 6 mesiacov po druhej, je potrebné priniesť potvrdenie od všeobecného lekára, príp. špecialistu, s odôvodnením skrátenia intervalu.
- **Po prihlásení dostanete najneskôr deň vopred SMS a email s presným časom očkovania, ktorý prosíme dodržať!**
- Z bezpečnostných dôvodov nie je vhodné, aby sa pred očkovacou miestnosťou zhromažďovali ľudia. Pri čakaní na očkovanie dodržujte odstupy minimálne 2 metre.

Prosíme záujemcov o očkovanie vyplniť 2 prílohy tohto emailu:

- anamnestický dotazník,
- informovaný súhlas,
- **vyplnené formuláre prosím priniesť sebou na očkovanie**
- prosíme nevyplňujte iné formuláre, napr. formuláre NCZI.
- Tieto formuláre zároveň odošleme prihláseným záujemcom mailom pred očkovaním.

Ďakujeme, že ste zodpovední a chránite seba a svoje okolie pred ochorením COVID-19 očkovaním.

V prípade otázok ma môžete kontaktovať Ing. Veroniku Pribylkovú 0903 318 902/veronika.pribylkova@minv.sk

POSKYTOVATEĽ ZS BIONT, a. s., ul. Karloveská č. 63, 842 29, Bratislava

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť	
Rodné číslo	
Bydlisko (ulica, č. domu, mesto, PSČ)	
Telefónne číslo / email (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie)	

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

Navrhovaný (plánovaný) výkon prevencie:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) je mRNA – nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

V prípade dodatočnej tretej dávky pre imunokompromitované osoby sa jedná o súčasť základnej očkovacej schémy. Posilňovacia tretia dávka vakcíny je odporúčaná pre imunokompetentné osoby najskôr po 6 mesiacoch po podaní základnej očkovacej schémy.

Dolu podpísaný/á
potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného výkonu prevencie, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv.

písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska BIONT, a. s., ul. Karloveská č. 63, 842 29, Bratislava pri registrácii.

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Taktiež potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o možných kontraindikáciách súvislosti s podaním vakcíny, ktorými sú precitlivelosť na niektorú zložku vakcíny alebo akútne horúčkové ochorenie. Bližšie informácie o očkovacej látke môžete nájsť v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné získať na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska BIONT, a. s., ul. Karloveská č. 63, 842 29, Bratislava pri registrácii.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným výkonom prevencie
SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM¹.

Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na očkovačom mieste BIONT, a. s., ul. Karloveská č. 63, 842 29, Bratislava bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v očkovačom mieste BIONT, a. s., ul. Karloveská č. 63, 842 29, Bratislava trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V dňa čas

.....
podpis a otláčok pečiatky lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje
zdravotná starostlivosť

¹ nehodiace sa preškrtnúť

 MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY		ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA	
Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti BIONT, a. s., ul. Karloveská č. 63, 842 29 Bratislava		 BIONT, a. s. Karloveská 63 842 29 Bratislava IČO: 35917571 OČKOVACIE CENTRUM www.biont.sk	
IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA			
Meno:	Priezvisko:	Rodné číslo:	
Dátum a čas očkovania:			
ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA			
OTÁZKA	ÁNO	NIE	
Boli ste už očkovaná/ý proti COVID-19?			
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)			
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?			
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok)?			
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny?			
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?			
Pre ženy: Ste tehotná ?			
Dátum:	Podpis očkovaného / očkovanej:		
Dátum:	Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:		

 MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY		ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA	
Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti BIONT, a. s., ul. Karloveská č. 63, 842 29 Bratislava		 BIONT, a. s. Karloveská 63 842 29 Bratislava IČO: 35917571 OČKOVACIE CENTRUM www.biont.sk	
IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA			
Meno:	Priezvisko:	Rodné číslo:	
Dátum a čas očkovania:			
ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA			
OTÁZKA	ÁNO	NIE	
Boli ste už očkovaná/ý proti COVID-19?			
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)			
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?			
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?			
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny?			
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?			
Pre ženy: Ste tehotná ?			
Dátum:	Podpis očkovaného / očkovanej:		
Dátum:	Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:		

