



## SAĞLIK BEYANNAMESİ - AŞILAMA

Doz ve kişi başına bir sağlık beyannamesi doldurunuz.

Aşılama tarihi: \_\_\_\_\_

Şahıs numarası: \_\_\_\_\_

Adı: \_\_\_\_\_

Aşılacak kişi olarak sizin tarafınızdan doldurulacaktır:

	JA	NEJ
1. Aşıdan sonra hiç güçlü bir tepki yaşadınız mı ve hastanede tedaviye ihtiyaç duydunuz mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
2. Hiç hastane tedavisi gerektirmiş, ciddi reaksiyonlar vermiş olan alerjiniz var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
3. Hastalık veya ilaç nedeniyle artmış olan kanama yaşama eğiliminiz var mıdır?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
4. Hamile misiniz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
5. Son 28 gün içinde hiç aşı oldunuz mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>