

**Časť B**

**VZOR  
HLÁSENIE VÝSLEDKOV VYKONANÝCH VYŠETRENÍ  
V SÚVISLOSTI S NEŽIADUCIM ÚČINKOM U OČKOVANEJ OSOBY**

Meno a priezvisko očkovanej osoby:

Dátum narodenia:

Adresa bydliska:

Čas trvania nežiaduceho účinku:

Bakteriologické vyšetrenie:

Odobraný materiál:

Dňa:

Nález:

Virologické vyšetrenie:

Odobraný materiál:

Dňa:

Nález:

Sérologické vyšetrenie:

Dátum odberu:

Metóda:

Nález:

Iné vyšetrenia (druh, materiál, dátum odberu, nález):

V ..... dňa .....

meno a priezvisko, funkcia, podpis  
odtlačok pečiatky poskytovateľa  
zdravotnej starostlivosti