

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