

Potvrzení o aplikaci očkovací látky

(není nutné vyplňovat, pokud je očkování doloženo očkovacím průkazem, příp. dokladem vystaveným společně s nákupem vakcíny u lékaře s uvedením názvu očkovací látky a datem aplikace)

1) Jméno, příjmení a datum narození pojištěnce

.....

2) Infekční onemocnění, proti kterému je pojištěnec očkovan¹:

- Chřipka
- Meningokok ACYW
- Meningokok B
- Klíšťová encefalitida
- Virová hepatitida A
- Virová hepatitida B
- Virová hepatitida A/B
- Plané neštovice
- Rotaviry
- HPV
- Spalničky
- Černý kašel (tetanus, záškrť)
- Cestovní očkování

3) Název očkovací látky

4) Datum aplikace

V dne

.....
Razítko a podpis lékaře

¹ Platné označte křížkem