

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)

Jméno a příjmení:

Číslo pojištěnce:

Infekční onemocnění, proti kterému je pojištěnec očkovan: (platné označte)

Chřipka
Meningokok ACYW
Meningokok B
Pneumokoková infekce
Klíšťová encefalitida
Virová hepatitida A
Virová hepatitida B
Virová hepatitida A/B
Plané neštovice
Rotaviry
HPV
Spalničky
Černý kašel (tetanus, záškrt)
Cestovní očkování
Pásový opar
RS viry

Název očkovací látky:

Datum aplikace:

V:

Dne:

Razítko a podpis lékaře: