

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT  
EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához  
COVID-19-Infektionsimpfstoff

KÉREM VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)  
BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN. (Wählen Sie alle geeigneten)

Név:  
Name:

Születési dátum:  
Geburtsdatum:

TAJ szám:  
Unga. Krankenversicherung Nr.:

Lakcím:  
Wohnberechtigungskarte Nr.:

Telefonszám:  
Telefonnummer:

e-mail cím:  
Email:

	IGEN / JA	NEM/NEIN
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.): Haben Sie eine langfristige, chronische Krankheit? (Diabetes, Bluthochdruck, Asthma, Herz, Nierenerkrankungen usw.):		
Rendszeresen szed-e gyógyszert? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? Haben Sie Allergien (Lebensmittel, Medikamente, andere)?		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszuléte? Waren Sie schon einmal bei einem Bluttest oder einer Impfung unwohl?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikumallergia, lázcsillapító allergia NEM!) Haben Sie nach der Impfung eine anaphylaktische Reaktion gehabt? (Hinweis: Anaphylaxie durch ein unbekanntes Arzneimittel ist eine Antibiotikaallergie, antipyretische Allergie NEIN!)		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? Haben Sie in den letzten 4 Wochen akute Krankheiten gehabt?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt fertőzés kizáró ok) Haben Sie in den letzten 2 Wochen Fieber gehabt? (Hinweis: akuter fiebriger Krankheitsausschluss, pcr bestätigte Infektionsursache innerhalb von 3 Monaten)		

Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik? Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung, die aktive Phase?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést? Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine Behandlung wie Kortison, Prednison, andere Steroide, immunbiologische Präparate oder Krebsmedikamente oder Strahlentherapie?		
Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása? Haben Sie schon einmal Krampfanfälle, neurologische Probleme, Lähmungen gehabt?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben? Leiden Sie an Bluterkrankungen, erhöhter Hämophilie?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? Wurden Sie in den letzten 2 Wochen geimpft?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza? Haben Sie zu diesem Zeitpunkt Beschwerden?		
Jelenleg várandós-e? Sind Sie gerade schwanger?		
Tervez-e várandósságot 2 hónapon belül? Planen Sie, innerhalb von 2 Monaten schwanger zu sein?		
Szoptat-e? Stillen Sie?		

Dies wurde bereitgestellt von [www.ungarninfo.de](http://www.ungarninfo.de).

Wir weisen darauf hin das der Inhalt online überstetzt worden ist.

Wir übernehmen keine Garantie für die Korrektheit der Übersetzung.