

Názov PZS:
Kód PZS:
Meno lekára:
Kód lekára:

Por.č.dokladu o zaočkovaní:.....

Doklad o zaočkovaní pre pacienta proti COVID 19 - prvé očkovanie

Meno, Priezvisko, titul pacienta:

Číselný kód ZP:

Rodné(identifikačné) číslo:

Dátum a čas podania vakcíny:

Zápis z vyšetrenia:

- anamnestický dotazník a vyšetrenie: absované / neabsované (nevyhovujúce prečiarknuť)
- výrobca:
- názov vakcíny:
- ŠUKL kód:
- šarža:

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia

Dátum preočkovania vám bude upresnený NCZI formou SMS správy a emailom.