

Názov PZS:  
zaočkovaní:.....

Por.č.dokladu o

Kód PZS:

Meno lekára:

Kód lekára:

### **Doklad o zaočkovaní pre pacienta proti COVID 19 - druhé očkovanie**

Meno, Priezvisko, titul pacienta:

Číselný kód ZP:

Rodné(identifikačné) číslo:  
podania vakcíny:

Dátum a čas

Zápis z vyšetrenia:

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

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia