

Aşı yapılacak kişiye ilişkin kişisel bilgiler

Soyadı*

Adı*

Sosyal güvenlik numarası (10 karakter olarak)*

Doğum tarihi (GG.AA.YYYY)*

Cinsiyet:*

☐

kadın

☐

erkek

☐

diğer

☐

dahili

☐

açık

☐

bilgi yok

Adres (Posta kodu, şehir, sokak, bina numarası, kat, daire numarası)

Telefon numarası

E-posta adresi

Gerekirse yasal temsilcinin adı

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayın

Doğru olanı seçin

1. Son 6-8 ay içinde PCR ile onaylanmış olan bir COVID-19 hastalığı geçirdiniz mi?

☐

Evet

☐

Hayır

Cevabınız evet ise, ne

zaman olduğunu belirtin.

2. Son 7 gün içinde akut bir hastalık veya enfeksiyon geçirdiniz mi?

☐

Evet

☐

Hayır

(örn. ateş, öksürük, nezle, boğaz ağrısı)?

Cevabınız evet ise,

ne geçirdiniz?

3. Hiç kan basıncı düşüşü, ağır nefes darlığı veya dolaşım rahatsızlığıyla birlikte görülen alerjik bir şok yaşadınız mı?

☐

Evet

☐

Hayır

Cevabınız evet ise, ne tür bir

alerjik şok olduğunu belirtin.

4. Şu an alerjiye yönelik bir immünoterapi / duyarısızlaştırma yapılıyor mu?

☐

Evet

☐

Hayır

En son ne zaman bu tedaviyi aldınız?

Bir sonraki tedaviniz ne zaman?

5. Geçmişte aşı olduktan sonra herhangi bir semptom veya yan etki yaşadınız mı (Kızarıklık, şişme, aşı

☐

Evet

☐

Hayır

yerinde ağrı veya hafif ateş gibi hafif yerel reaksiyonlar hariç)?

Cevabınız evet ise, hangi aşı ve

hangi etkiler olduğunu belirtin.

6. Düzenli olarak kan sulandırıcı ilaçlar kullanıyor musunuz?

☐

Evet

☐

Hayır

Cevabınız evet ise, hangileri

olduğunu belirtin.

7. Ciddi veya kronik rahatsızlıklarınız (ör. immün yetmezliği, kanser, otoimmün hastalığı, kronik inflamatuvar

☐

Evet

☐

Hayır

hastalıklar) var mı?

Cevabınız evet ise, hangileri

olduğunu belirtin.

8. Şu an bir Kemoterapi ve/veya ışın tedavisi görüyor musunuz veya bağıışıklığı düşüren ilaçlar alıyor

☐

Evet

☐

Hayır

musunuz (örn. kortizon)?

Cevabınız evet ise, hangileri

olduğunu belirtin.

9. Bir ameliyat planı var mı?

☐

Evet

☐

Hayır

Cevabınız evet ise, ne

zaman olduğunu belirtin.

10. Son 4 hafta içinde başka bir aşı oldunuz mu?

☐

Evet

☐

Hayır

Cevabınız evet ise, ne zaman

ve hangisi olduğunu belirtin.

11. Hamile misiniz?

☐

Evet

☐

Hayır

Cevabınız evet ise, hamileliğin kaçınıcı

haftası olduğunu belirtin.

Onay beyanı

COVID-19 aşısından sonra, genellikle aşı reaksiyonları meydana gelmekte, bunlar birkaç gün içerisinde kendiliğinden geçmektedir. Aşı yerinde çok sıkça ağrı, kızarıklık ve şişme meydana gelebilmektedir. Buna ek olarak çok sıkça yorgunluk, baş ağrısı, kas ağrısı veya eklem ağrısı, lenf nodlarında şişme, bulantı/kusma, titreme veya ateş gibi durumlar olabilmektedir. Çok sık, aşı olan 10 kişiden en az 1'inde bu belirtilerin görüldüğü anlamına gelmektedir. Detayları ekte sunulan kullanma talimatında bulabilirsiniz. Diğer sorularınız için lütfen doktorunuza danışın.

İşbu belgeyi imzalayarak:

- Belirtilen aşı maddelerine yönelik kullanım bilgilerini okuduğumu ve anladığımı veya bunların bana yeterli şekilde açıklandığını; Olacağım aşıya ilişkin olası yan etkiler ve durumlar hakkında bilgilendirildiğimi;
- Bunun sonucunda aşının faydalarını ve risklerini yeterli derecede anladığımı ve bu sebeple de başka bir özel görüşmeye ihtiyaç duymadığımı;
- Ücretsiz koruyucu aşının tarafıma uygulanmasını kabul ettiğimi ve
- Kişisel bilgilerimin 2012 Sağlık Telematiği Yasası uyarınca aşı kayıtlarında işleme alınmasının planlandığı hakkında bilgilendirildiğimi beyan ederim (bkz. <https://www.elga.gv.at/datenschutzklaerung>).



Aşı olmayı KABUL ETMİYORSANIZ veya bir doktor

tarafından ek bir açıklamaya ihtiyaç duyuyorsanız, lütfen bu onay formunu İMZALAMAYIN.

Reşit olmayanlarda (14 yaş altı çocuklar) veya karar verme yetkisi olmayan kişilerde, aşı olacak kişinin yasal bir temsilcisinin onayı alınmalıdır (veli veya yetişkin temsilcisi / yetkili temsilci). Genç kişiler, karar verme yetisine sahip oldukları takdirde kendileri onay vermelidir.

Tarih (GG.AA.YYYY) Aşı yapılacak kişinin veya yasal temsilcisinin imzası

Önemli bilgiler: Olası reaksiyonlar meydana gelmesi (bulantı, bayılma, alerji vb.) durumuna karşı önlem olarak, kendi güvenliğiniz için aşıdan sonra 20 dakika boyunca bir doktorun gözetimi altında kalın.

Yan etkilerin raporlanması; aşılanan kişiler/yakınları tarafından yapılabilmektedir ve hatta sürece dahil doktor ve eczacınız bunu yapmakla yükümlüdür. Yan etki meydana gelmesinden şüpheleniyorsanız, doktorunuz veya eczacınızla konuşun, yan etkileri doğrudan online olarak <https://www.basg.gv.at> adresine bildirin veya 0800 555 621 numarası ile iletişim kurun.



Aşılama yapan kurum tarafından doldurulacaktır

Aşı yeri / Organizasyon (sözleşme ortak numarası; eğer mevcutsa)*

Doktor notları için alan

Kararlaştırılan aşı:*

- ☐ BioNTech/Pfizer: Comirnaty
☐ Moderna: COVID-19 Vaccine Moderna
☐ AstraZeneca: COVID-19 Vaccine AstraZeneca
☐ Janssen: COVID-19 Vaccine Janssen
☐ Diğer:

Aşı dozu:*

- ☐ 1. Doz
☐ 2. Doz

☐ Üçüncü kişi tarafından hazırlandı

☐ Sol üst kol

☐ Sağ üst kol

Parti numarası (LOT veya Ch.B)*

Aşılama tarihi (GG.AA.YYYY)*

İlgili doktorun adı*

Aşığı yapan kişinin adı (ilgili doktordan farklı olması durumunda)

☐ Vatandaş

açıkça tanımlanamadı

İlgili doktorun imzası