

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

Por. č. dokladu o zaočkovaní:

Doklad o zaočkovaní pre pacienta proti COVID 19 – druhé očkovanie

Meno, Priezvisko, titul pacienta:

Číselný kód ZP:

Rodné (identifikačné) číslo:

Dátum a čas podania vakcíny:

Zápis z vyšetrenia:

- anamnestický dotazník a vyšetrenie: absolvované / neabsolvované (nevyhovujúce prečiarknuť)
- výrobcu:
- názov vakcíny:
- ŠUKL kód:
- šarža:

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia