

Časť B

VZOR
HLÁSENIE VÝSLEDKOV VYKONANÝCH VYŠETRENÍ
V SÚVISLOSTI S NEŽIADUCIM ÚČINKOM U OČKOVANEJ OSOBY

Meno a priezvisko očkovanej osoby:

Dátum narodenia:

Adresa bydliska:

Čas trvania nežiaduceho účinku:

Bakteriologické vyšetrenie:

Odobraný materiál:	Dňa:	Nález:
--------------------	------	--------

Virologické vyšetrenie:

Odobraný materiál:	Dňa:	Nález:
--------------------	------	--------

Sérologické vyšetrenie:

Dátum odberu:	Metóda:	Nález:
---------------	---------	--------

Iné vyšetrenia (druh, materiál, dátum odberu, nález):

V dňa

meno a priezvisko, funkcia, podpis
odtlačok pečiatky poskytovateľa
zdravotnej starostlivosti