

B. VZOR hlásenia výsledkov

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v

Hlásenie výsledkov vykonaných vyšetrení v súvislosti
s nezvyčajnou reakciou u očkovaného

Priezvisko a meno očkovaného:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Adresa bydliska:

Čas trvania nezvyčajnej reakcie:

Bakteriologické vyšetrenie:

Odobratý materiál: Dňa: Nález:

Virologické vyšetrenie:

Odobratý materiál: Dňa: Nález:

Sérologické vyšetrenie:

Dátum odberu: Metóda: Nález:

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

V dňa Podpis ošetrojúceho lekára:

Pečiatka zdravotníckeho zariadenia: