

Védőoltások adatlapja

Vaccine Administration Card

Tudnivalók az oltandó részére

Az oltási könyv az egyén életre szóló dokumentuma, amely a kötelező és egyéb védőoltásainak igazolására szolgál.

Az oltási könyvbe csak az oltóorvos tehet bejegyzést.

Minden személy oltási könyvét köteles bemutatni, ha

- védőoltás beadása céljából,
- állatharapás esetén,
- baleset, sérülés (mély, szúrt seb; erősen roncsolt, vagy földdel szennyezett seb; nagy kiterjedésű égés)

miatt fordul orvoshoz.

A védőoltás beadását követően jelentkező tünetekkel kapcsolatos kérdéseivel keresse fel az oltóorvosát.

A megrongálódott, vagy elveszett oltási könyv pótlásáról az oltási könyv tulajdonosa haladéktalanul köteles gondoskodni.

Védőoltások adatlapja / Vaccine Administration Card

Név: _____
(Name)

Születési hely: _____
(Place of birth)

Születési időpont: _____ év _____ hó _____ nap
(Date of birth: yyyy/mm/dd)

Anyja neve: _____
(Mother's name)

TAJ-szám: _____
(Social Insurance Number)

Gyógyszer, étel (egyéb) érzékenység: _____
(Food / drug hypersensitivity / allergy)

Gyermekkori védőoltások

Dátum / Date ---/--/-- (Év / hó / nap) (yyyy / mm / dd)	BCG (TBC/TB)	Diftéria/Diphtheria	Pertusszisz/Pertussis	Tetanusz / Tetanus	Poliomyelitis / IPV	H. influenzae B	Pneumococcus (konjugált) / PCV	Kanyaró / Measles	Mumpsz / Mumps	Rubeola/Rubella	Hepatitis B

Infant and childhood immunizations

Oltóanyag neve, száma / Brand name and batch of vaccine	Oltóorvos aláírása, pecsétje / Official stamp and signature

Gyermekkori védőoltások

Dátum / Date ---- / -- / -- (Év / hó / nap) (yyyy / mm / dd)	BCG (TBC/TB)	Diftéria/Diphtheria	Pertusszis/Pertussis	Tetanusz / Tetanus	Poliomyelitis / IPV	H. influenzae B	Pneumococcus (konjugált) / PCV	Kanyaró / Measles	Mumpsz / Mumpss	Rubeola/Rubella	Hepatitis B

Infant and childhood immunizations

Oltóanyag neve, száma / Brand name and batch of vaccine	Oltóorvos aláírása, pecsétje / Official stamp and signature

Egyéb védőoltások

Dátum / Date ---- / -- / -- (Év / hó / nap) (yyyy / mm / dd)	Rotavirus	MeningococcusC	Bárányhimlő / Varicella	Hepatitis A	Kullancs-encephalitis/ Tick born encephalitis	Human Papilloma Vírus	Tetanusz toxoid ((TT))	Influenza	Pneumococcus (poliszacharid) / PPV	Hastífusz / Typhoid fever	Sárgaláz / Yellow fever

Other immunizations

Oltóanyag neve, száma / Brand name and batch of vaccine	Oltóorvos aláírása, pecsétje / Official stamp and signature

Egyéb védőoltások

Dátum / Date ----/--/-- (Év / hó / nap) (yyyy / mm / dd)																				

Other immunizations

Oltóanyag neve, száma / Brand name and batch of vaccine	Oltóorvos aláírása, pecsétje / Official stamp and signature

Az orvos megjegyzései / Other relevant information

Kitöltési útmutató az oltóorvos részére

Az oltási könyvben dokumentálni kell az oltott személy kötelező és önkéntes aktív vagy passzív védőoltását, amely

- megbetegedési veszély elhárítása céljából,
- munkakörhöz kötötten,
- vagy külföldi utazással kapcsolatosan történt.

Kombinált, több betegség elleni védőoltás beadását minden érintett betegség rovatában dokumentálni kell.

Az oltások megtörténtét az oltóorvos saját nyilvántartásában, a nemzetközi oltásokat a nemzetközi oltási bizonyítványban is regisztrálni köteles.