

## VPRAŠALNIK: Zdravstvene težave po cepljenju proti Covid-19

Če se je vam, vašim bližnjim ali vašim pacientom zdravje po cepljenju proti C-19 poslabšalo in ste prepričani ali sumite, da je prejeta cepivo (deloma) vzrok za zdravstvene težave, izpolnite ta vprašalnik in nam ga pošljite po pošti na naslov: **Društvo za zaščito človeka in njegovih pravic Slovenije (za OZZ), Regentova ulica 6, 2000 Maribor**. Za nasvet ali tehnično pomoč pri prijavi nas kontaktirajte na [info@odgovoren-za-zdravje.si](mailto:info@odgovoren-za-zdravje.si).

### (1) OSEBNI PODATKI IN SOGLASJE

Vsi osebni podatki bodo obdelani in varovani kot zaupni, v skladu z zakoni in predpisi s področja varstva podatkov. Za več informacij glede varstva in obdelave podatkov si preberite **pogoje uporabe spletne strani** (<https://odgovoren-za-zdravje.si/varstvo-podatkov>).

#### Podatki o prijavitelju:

Ime:	Priimek:
E-naslov:	Telefonska številka (neobvezno):
(izpolnite, če poročate za pacienta)	
<input type="checkbox"/> Osebni zdravnik <input type="checkbox"/> Ginekolog <input type="checkbox"/> Specialist	
<input type="checkbox"/> Lečeči zdravnik <input type="checkbox"/> Medicinska sestra <input type="checkbox"/> Drugo (napišite):	

#### Podatki o osebi, za katero poročate:

<b>Za koga poročate?</b> <input type="checkbox"/> zase <input type="checkbox"/> za sorodnika <input type="checkbox"/> za pacienta  (podatki o osebi, za katero poročate) <b>Spol:</b> <input type="checkbox"/> moški <input type="checkbox"/> ženska  <b>Starost ob pojavu neželenih učinkov:</b> _____ let	(izpolnite, če poročate za sorodnika ali pacienta) <b>Ali imate soglasje osebe, za katero poročate, ste njen zakoniti zastopnik oz. imate soglasje zakonitega zastopnika?</b> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE  (izpolnite, če poročate za sorodnika) <b>V kakšnem sorodstvenem razmerju je oseba do vas?</b> _____  (izpolnite le, če imate soglasje sorodnika ali pacienta) <b>Ime in priimek:</b> _____
--	--

#### IZJAVA PRIJAVITELJA:

S svojim podpisom **potrjujem**, da sem seznanjen in se strinjam s splošnimi pogoji uporabe spletne strani in varstva podatkov ter **izjavljam**, da vse osebne, zdravstvene in druge podatke v okviru tega vprašalnika posredujem popolnoma prostovoljno (ali imam za to soglasje druge osebe oz. sem njen zakoniti zastopnik oz. imam soglasje zakonitega zastopnika te osebe) in **jamčim** za njihovo verodostojnost. **Če nimam soglasja osebe, za katero poročam, jamčim** tudi, da bom ohranil anonimnost osebe oz. ne bom posredoval njenih občutljivih osebnih podatkov. Soglašam, da mi preko sistema za pošiljanje elektronskih sporočil pošiljate pomembne informacije in obvestila, od katerih se lahko kadarkoli odjavim.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

## (2) PODATKI O CEPLJENJU

Ti podatki so na cepilnem kartončku. Če podatkov nimate, vpišite tisto, kar veste oz. vpišite približno.

### 1. S koliko odmerki ste bili cepljeni in s katerim cepivom?

S kljukico označite, s katerim cepivom ste bili cepljeni za vse odmerke, ki ste jih prejeli (polja pri preostalih odmerkih pustite prazna).

ODMEREK:	1	2	3	4	5	6
Pfizer/BioNTech (Comirnaty)						
Astra Zeneca (Vaxevria)						
Moderna (Spikevax)						
Johnson & Johnson (Janssen)						
RDIF (Sputnik V)						
China National Biotec Group (Sinovac)						
Ne vem						

### 2. Če veste, vpišite tudi čas cepljenja s posameznimi odmerki:

ODMEREK:	1	2	3	4	5	6
Mesec in leto (npr. 5/21)						

## (3) ZDRAVSTVENO STANJE PRED IN PO CEPLJENJU

Če boste pri kakšnem od vprašanj potrebovali več prostora, nadaljujte na 5. strani.

1. **Opišite svoje zdravstveno stanje PRED cepljenjem oz. pred pojavom težav** (splošno počutje, fizična aktivnost, kronične bolezni, alergije, ali in kako ste preboleli kovid, nosečnost ali dojenje v času cepljenja...).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. **Opišite neželene učinke oz. zdravstvene težave PO cepljenju, tudi morebitno poslabšanje predhodnih težav** (katere težave, kdaj po cepljenju so se začele, kako dolgo so trajale in kako so vplivale na vaše življenje)?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. Kako so vas zdravili ali kako ste se zdravili oz. si pomagali sami? (uradna, alternativna, komplementarna medicina)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**4. Vaše zdravstveno stanje in počutje sedaj (fizično in psihično)?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**5. Svoje telo najbolj poznate vi sami. Kako bi ocenili oz. kako zelo ste prepričani, da so vaše težave povezave s cepljenjem? (en odgovor)**

- (1) malo verjetno
- (2) možno
- (3) verjetno
- (4) gotovo/sigurno

**DOVOLJENJE ZA OBJAVO OPISA**  
Zelo vam bomo hvaležni, če lahko opis vaših zdravstvenih težav objavimo na naši spletni strani pod rubriko Pričanja.

- Dovolim objavo z imenom in priimkom.
- Dovolim anonimno objavo brez imena in priimka.
- Ne dovolim objave

#### (4) DOLŽNOSTI ZDRAVNIKOV PRED IN PO CEPLJENJU

Odgovori na tej strani so pomembni, a niso obvezni.

1. **Kako dobro so vas pred cepljenjem seznanili s koristmi in tveganji cepljenja in o tem, kako ravnati v primeru neželenih učinkov? Ocenite njihovo pojasnilno dolžnost z oceno od 0 (nič mi niso povedali) do 5 (zelo so bili izčrpni in skrbni).**

Obkrožite: 0 1 2 3 4 5

2. **Zakaj ste se cepili?** (izberite en glavni razlog)

- zaščita pred težjim potekom bolezni in smrtjo
- zaščita drugih/ranljivih v družbi
- zaradi družbenih pritiskov in omejitev

3. **Ste pred cepljenjem podpisali soglasje oz. privolitev?**

- da
- ne
- ne vem

4. **So se zdravniki uradne medicine, ki so obravnavali vaše težave, strinjali oz. omenili, da bi bile vaše težave lahko posledica cepljenja?**

- Da.
- Niso se opredelili.
- Zanikali so povezavo s cepljenjem.
- Nisem obiskal/-a zdravnika uradne medicine.

5. **Ali so bile vaše težave prijavljene pristojnim kot domnevni neželeni učinek cepljenja?**

- Da, prijavili so jih zdravniki, ki so me obravnavali.
- Da, prijavil/-a sem jih sam/-a na JAZMP.
- Da, prijavil sem jih sam v okviru odškodninskega zahtevka.
- Ne.
- Ne vem.

(če ste pri 5. vprašanju odgovorili z "Da")

<b>Kakšna je ocena strokovne komisije o vzročni povezanosti vaših težav s cepljenjem?</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> (0) ni možna</li><li><input type="checkbox"/> (1) ni/malo verjetna</li><li><input type="checkbox"/> (2) možna</li><li><input type="checkbox"/> (3) verjetna</li><li><input type="checkbox"/> (4) gotova/sigurna</li><li><input type="checkbox"/> (še) nimajo dovolj podatkov za oceno</li><li><input type="checkbox"/> niso še obravnavali primera</li></ul>	<b>Ste vložili zahtevek za odškodnino?</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Da.</li><li><input type="checkbox"/> Ne.</li><li><input type="checkbox"/> Ne vem.</li></ul> <p>(če ste zgoraj odgovorili z "Da")</p> <b>So vam odobrili pravico do odškodnine?</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Da, sem jo že prejel.</li><li><input type="checkbox"/> Da, a je še nisem prejel.</li><li><input type="checkbox"/> Ne.</li><li><input type="checkbox"/> Ni še odločeno.</li></ul>
---	--

