



COVID-19 אימוניזאציע סקרינינג און צושטימונג בויגן*

באקומער נאמען (ביטע דרוקט)		נאמען וויאזוי איר ווילט גערופן ווערן	
געבורטסטאג		יעצטיגע דזשענדער אידענטיטעט ר"ת: W – פרוי/מיידל TW – טראנסדזשענדער פרוי/מיידל M – מאן/יונגל TM – טראנסדזשענדער מאן/יונגל NB – נישט ביינערי מענטש GNC – געהערט נישט צו איין דזשענדער Q – נישט זיכער NR – וועלט אויס נישט צו ענטפערן GNL – דזשענדער איז נישט אויסגערעכנט (שרייבט אריין) * דזשענדער פראנאמען (ער/זי א.א.וו.): שרייבט אריין ביי די קליענט'ס נאמען	
סקעס צוגעטיילט ביים געבורט ר"ת: ציכנט אן סקעס אונטן: M – מאן F – פרוי I – אינטערסעקס NR – וועלט אויס נישט צו ענטפערן		חתונה סטאטוס ציכנט אן סטאטוס אונטן: S – אליין/קיינמאל נישט חתונה געהאט D – גע'גט M – חתונה געהאט W – אלמנה/ה V – ציוולע פאראייניגונג U – אומבאקאנט SEPARATED – לעגאל סעפערעיטעד PARTNER – לעבנס שותף	
אדרעס		שטאט	
עלטערן/גארדיען/ פארשטייער (אויב שייך, ביטע דרוקט)		טעלעפאן	
אפשטאם ציכנט אן אפשטאם אונטן: DECL – צוריקגעוויזן HIS – היספאנישע אפשטאם NHL – נישט-היספאנישע אפשטאם UNK – אומבאקאנט		ראסע ר"ת: ציכנט אן ראסע אונטן: AIA – נעטיוו אמעריקאנער אדער אלסקער ASN – אזיאנער BAA – אפריקא-אמעריקאנער אדער טונקל-הויטיג DECL – צוריקגעוויזן NHP – נעטיוו פון האוואי אדער פאציפישע אינדלען WHT – ווייס OTH – אנדערע אדער אויסגעמישט	
פריימערי אינשורענס נאמען		הויפט אינשורענס ID#	
הויפט אינשורענס אדרעס		הויפט אינשורענס גרופע #	
צווייטע אינשורענס נאמען		צווייטע אינשורענס ID #	
צווייטע אינשורענס אדרעס		צווייטע אינשורענס גרופע #	
קליניק/אפיס וואו וואקסין ווערט געגעבן		פריימערי קעיר דאקטאר אדרעס/טעלעפאן נומער	
סקרינינג פראגעס			
1.	צו פילט איר נישט גוט היינט?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	
2.	אין די לעצטע 10 טעג, האט איר געמאכט א COVID-19 טעסט צוליב דעם וואס איר האט געהאט סימפטאמען און איר ווארט נאך אויף די טעסט רעזולטאטן, אדער זענט איר אָנגעזאָגט געווארן דורך א העלט קעיר פראוויידער אדער העלט דעפארטמענט זיך צו איזולירן אדער קוואראנטינען אינדערהיים צוליב COVID-19 אינפעקציע אדער זיין אויסגעשטעלט דערצו?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> אומבאקאנט
3.	זענט איר באהאנדלט געווארן מיט אַנטיבאדי טעראפיע אדער קאנוועלעסענט פלעזמע פאר COVID-19 אין די פארגאנגענע 90 טעג (3 חדשים)? <i>אויב יא, ווען האט איר באקומען די לעצטע דאזע? דאטום: _____</i>	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> אומבאקאנט
4.	צו האט איר אמאל געהאט א באלדיגע אלערגישע רעאקציע (צ. ב., רויטע אויפגעבלאזענע הויט (היווס), געשוואלענע פנים, שוועריקייטן צו אטעמען, ענעפילעקסיס) צו סיי וועלכע וואקסין, איינשפריץ, אדער שאַט אדער צו סיי וועלכע באשטאנדטייל פון די COVID-19 וואקסין, אדער א שווערע אלערגישע רעאקציע (ענעפילעקסיס) צו סיי וואס?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> אומבאקאנט
5.	זענט איר טראגעדיג (פרעגנענט) אדער טראכט איר פון ווערן טראגעדיג (פרעגנענט)?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> אומבאקאנט

6.	צו האט איר געהאט קענסער, ליוקיימיע, HIV/AIDS, אדער סיי וועלכע געזונט פראבלעם וואס שוואכט אפ די אימיון סיסטעם?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> אומבאקאנט
7.	צו נעמט איר סיי וועלכע מעדיצינען וואס זענען משפיע אויף אייער אימיון סיסטעם, ווי למשל קארטיזאָן, פרענדיזאָן אדער אנדערע סטערוידס, קענסער מעדיצין, אדער זענט איר אריבער רעדיעישען באהאנדלונגען?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> אומבאקאנט
8.	צו האט איר א בלוטיגונג קראנקייט אדער נעמט איר א מעדיצין וואס מאכט די בלוט דינער?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> אומבאקאנט
9.	האט איר א היסטאריע פון מייאקארדייטיס (אינפלאמאציע אין די הארץ מאסל) אדער פעריקארדיידיס (אינפלאמאציע אין די אונטערשלאג ארום די הארץ)?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> אומבאקאנט
10.	האט איר באקומען א פריערדיגע דאזע פון די Pfizer, Moderna, אדער Janssen COVID-19 וואַקסין?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> דאטום: (אויב שייך)
11.	האט איר באקומען א פריערדיגע דאזע פון א COVID-19 וואַקסין באשטעטיגט דורך די WHO אבער נישט דורך די AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – FDA (COVISHIELD, Sinopharm)?	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> דאטום: (אויב שייך)

עמערדזשענסי באנוץ אוטאריזאציע

די FDA האט ערלויבט דאס באנוץ פון דער COVID-19 וואַקסין אונטער אן עמערדזשענסי באנוץ באשטעטיגונג (EUA). די EUA ווערט גענוצט אין אומשטענדן וועלכע בארעכטיגן דאס עמערדזשענסי באנוץ פון מעדיצינען אדער אנדערע ביאלאגישע פראדוקטן דורכאויס אן עמערדזשענסי ווי די COVID-19 עפידעמיע. דער וואַקסין איז נישט דורכגעגאנגען די זעלבע סארט אונטערזיכונג ווי אן FDA-באשטעטיגטע פראדוקט. אבער, דער באשלוס פון די FDA אויף צו ערלויבן דאס באנוץ פון דער וואַקסין איז באזירט אויף די גרויסע צאל וויסנשאפטליכע באווייזן אוועילעבל, וועלכע צייגן אז די באקאנטע און פאטענציאלע בענעפיטן פון די וואַקסין וועגן איבער די באקאנטע און פאטענציאלע ריזיקורונגען.

צושטימונג

איך האב געלייענט, אדער עס איז מיר ערקלערט געווארן, דער אינפארמאציע בלאט וועגן דער COVID-19 וואַקסין. איך פארשטיי אז אויב מיין וואַקסין פאדערט צוויי דאזעס, וועל איך דארפן באקומען צוויי דאזעס פון דער וואַקסין כדי אז עס זאל זיין ווירקזאם. איך האב געהאט א געלעגנהייט צו פרעגן פראגן און זיי זענען געענטפערט געווארן אויף א צופרידנסטעלנדע אופן (און פארזיכערט אז דער אויבנדערמאנדער מענטש פאר וועם איך בין באשטימט צו מאכן באשליסן האט אויך א געלעגנהייט צו פרעגן פראגן). איך פארשטיי די בענעפיטן און די ריזיקורונגען פון דער וואַקסין לויט ווי עס איז מיר ערקלערט געווארן.

איך בעט אז מען זאל מיר געבן דעם COVID-19 וואַקסין (אדער דער מענטש דערמאנט אויבן פאר וועמען איך בין אוטאריזירט צו מאכן דעם פארלאנג און שטעל צו פארשטייער צושטימונג). איך פארשטיי אז דער וואַקסין וועט מיר געגעבן ווערן פריי פון אפצאל. איך פארשטיי אז סיי וועלכע געלטער אדער בענעפיטס פארן צושטעלן דער וואַקסין וועלן געגעבן און אריבערגעפירט ווערן צו די צושטעלער פון דער וואַקסין, אריינגערעכנט די בענעפיטס/געלטער פון מיין געזונט-אינשורענס פלאַן, מעדיקעיר אדער אנדערע פארטייען וואס זענען פאראנטווארטליך צו באצאלן פאר מיין מעדעצינישע קעיר. איך באשטעטיג ערלויבעניש ארויסצוגעבן אלע אינפארמאציע וואס איז נויטיג (אריינרעכענענדיג, אבער נישט אויסגעשלאסן צו, מעדיצינישע רעקארדס, קאפייעס פון קלעמיס און אינדיווידואלע בילס) אויף פעסטצושטעלן באצאלונג אדער וועלכע עס איז נויטיג פאר אנדערע פובליק געזונטהייט צוועקן, אריינגערעכנט באריכטונגען צו וואַקסיןירונג ליסטעס.

באקומער/אפוטרופוס/גאָרדיען (אונטערשריפט) באקומער	דאטום / צייט	שרייבט ארויס דעם נאמען	פארבינדונג צו פאציענט (אויב עס איז נישט זיך אליין)
טעלעפאנישע איבערטייטשער ID #	דאטום / צייט		
אונטערשריפט: איבערטייטשער	דאטום / צייט	שרייבט ארויס: איבערטייטשער'ס נאמען און פארבינדונג צו פאציענט	

די פאלגנדע טייל דארף ווערן אויסגעפילט דורך דער וואס גיבט דער וואַקסין

וועלכע וואַקסין באקומט דער פאציענט היינט?			
וואַקסין נאמען	אדמיניסטראציע		EUA פאקט בלאט דאטום
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> ערשטע דאזע	<input type="checkbox"/> צווייטע דאזע	
Moderna	<input type="checkbox"/> ערשטע דאזע	<input type="checkbox"/> צווייטע דאזע	
AstraZeneca	<input type="checkbox"/> ערשטע דאזע	<input type="checkbox"/> צווייטע דאזע	
Janssen	<input type="checkbox"/> איינציגע דאזע		

פלאץ פון איינשפריץ לינקע אקסל רעכטע אקסל לינקע פיס רעכטע פיס

דאזע ml 0.5 ml 0.3

איך האב איבערגעגעבן פאר דעם פאציענט (און/אדער די עלטערן, גאָרדיען אדער סוּרָאָגעט, לויט די מצב) אינפארמאציע וועגן די וואַקסין און באקומען די צושטימונג צו גיבן די וואַקסין.

אונטערשריפט פון ווער עס גיבט די וואַקסין: