

## Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról

<b>Oltóanyag adatai (második adag):</b> Az oltóanyag neve: _____ Az oltóanyag gyártási száma: _____ <b>Az oltás beadása melyik testrészbe történt:</b> jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb <b>Az oltás időpontja:</b> _____	<b>Az oltást végző egészségügyi szolgáltató:</b> Megnevezése és címe: _____ <b>Az oltást végző (felelős) orvos:</b> Az oltóorvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata: _____
---	---

**ÖN AZ IMÉNT MEGKAPTA A COMIRNATY COVID-19 mRNS VAKCINA (NUKLEOZID-MÓDOSÍTOTT) ELSŐ ADAGJÁT.**

**COMIRNATY™**  
COVID-19 mRNA Vaccine (nucleoside modified)

A beoltott személy neve: \_\_\_\_\_

Születési dátum:

TAJ szám:

Az első adag beadásának dátuma: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*Gyártási tétel/Lot#:

Az első oltás beadása melyik testrészbe történt (Kérjük, húzza alá!):

jobb kar    bal kar    jobb comb    bal comb

Az oltás helye, egészségügyi szolgáltató megnevezése, címe:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Az oltást végző (felelős) orvos neve, orvosi bélyegzőjének száma:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

oltóorvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata

Második adag esedékessége: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A második adag beadása 3 héttel az első után javasolt.

A második adag beadásának dátuma: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*Gyártási tétel/Lot#:

A második oltás beadása melyik testrészbe történt (Kérjük, húzza alá!):

jobb kar    bal kar    jobb comb    bal comb

Az oltás helye, egészségügyi szolgáltató megnevezése, címe:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Az oltást végző (felelős) orvos neve, orvosi bélyegzőjének száma:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

oltóorvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata

\* Írja be az injekciós üveg címkéjén található gyártási tétel/lot-számot.