

Klinički obrazac za anamnezu radi vakcinacije protiv COVID-a (COVID Vaccine Clinic Encounter Form)

Primarno osiguranje

SelectHealth
Aetna

United Health Care
Medicare
Medicaid

PEHP
Blue Cross Blue Shield
(NIJE Focal Point ili IND & Fam Planovi)

EMI Health
Blue Cross Blue Shield

Ime pacijenta _____ Prezime pacijenta _____ Srednje ime pacijenta/inicijal _____

Datum rođenja pacijenta _____ Dob _____ Pol _____ Rasa _____ D N
Hispano ili Latino?

Poštanska adresa _____ Grad _____ Država _____ Poštanski broj _____

D N
Telefon; možemo li slati tekstualnu poruku na ovaj broj? _____ Mobilni operater _____ Adresa e-pošte _____

Odnos s osobom koja se liječi: _____ Osobno _____ Roditelj/staratelj _____ Drugo: _____

(Ako nije osobno): Ime i prezime roditelja _____ Ime osigurane osobe _____ Datum rođenja osigurane osobe _____ Broj police _____ Broj grupe _____

1. Da li se danas osjećate dobro? **D N**
2. Alergije na hranu ili lijekove? **D N** (Ako da, vrsta alergije: _____)
3. Ikakvi problemi s ranijim vakcinama ili gubitak svijesti? **D N**
4. Jeste li primili bilo kakvu vakcinu u posljednjih 14 dana? **D N**
5. Jeste li trenutno u izolaciji ili karantinu zbog infekcije ili izlaganja COVID-u? **D N**
Ako da, živite li u nekoj vrsti zajedničkog smještaja? **D N**
6. Ako ste imali pasivnu terapiju antitijelima zbog liječenja COVID-19, je li prošlo 90 dana od završetka terapije? **D N N/D**
7. Ako ste ženskog pola i stariji od 9 godina, postoji li mogućnost da ste trudni? **D N N/D**
Ako da, preporučujemo da o vakcini razgovarate s vašim akušerom/ginekologom.



**STOP! OVO JE SAMO ZA ZDRAVSTVENU UPRAVU
STOP! HEALTH DEPARTMENT USE ONLY BELOW**



Administration Pfizer	Administration Moderna	Administration AstraZeneca	Administration Janssen
0001A – First Dose	0011A – First Dose	0021A – First Dose	0031A – First Dose
0002A – Second Dose	0012A – Second Dose	0022A – Second Dose	

CPT	ICD10	Service	Lot #	Site	Dose	Route
91300	Z23	COVID-19 Pfizer			0.3cc	IM
91301	Z23	COVID-19 Moderna			0.5cc	IM
91302	Z23	COVID-19 AstraZeneca			0.5cc	IM
91303	Z23	COVID-19 Janssen			0.5cc	IM

Provider Name: _____

Provider Signature: _____ **Date:** ____/____/____

Office Use Only

Client PID Number: _____ **Date:** ____/____/____

Registered: Employee Name _____ **Close Out: Employee Signature** _____