

**ZAHTEVEK ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE DO ODŠKODNINE ZA ŠKODO ZARADI CEPLJENJA
PROTI COVID-19**

1. Podatki o osebi, ki je bila cepljena, in uveljavlja pravico do odškodnine za škodo na zdravju zaradi cepljenja proti COVID-19 oziroma je umrla zaradi cepljenja proti COVID-19:

Ime in priimek: _____
Rojstni datum: _____
Naslov stalnega/začasnega bivališča: _____
*Elektronski naslov: _____
*Telefonska številka: _____
Izbrani osebni zdravnik cepljene osebe: _____ <i>(navedite ime in priimek ter naziv izvajalca zdravstvene dejavnosti)</i>

**Podatek ni obvezen, če vlagatelj prostovoljno sporoči naslov varnega elektronskega predala ali naslov drugega elektronskega predala in telefonsko številko mobilnega telefona, je seznanjen, da se mu dokumenti lahko vročajo v elektronski obliki brez potrditve, pri čemer se šteje, da je dokument vročen vlagatelju 15. dan po odpremi dokumenta, in da se ga nezavezujoče obvešča o stanju in teku postopka.*

2. Podatki o vlagatelju vloge, če se ta razlikuje od osebe iz prejšnje točke:

Ime in priimek: _____
Naslov stalnega/začasnega bivališča: _____
*Elektronski naslov: _____
*Telefonska številka: _____
Razmerje do osebe iz prejšnje točke <i>(označiti)</i>
Zakoniti zastopnik: <input type="checkbox"/> Starši <input type="checkbox"/> Skrbnik
<input type="checkbox"/> Pooblaščenec
<input type="checkbox"/> Če vlogo oddajate zaradi smrti osebe, ki je bila cepljena proti COVID-19, vpišite razmerje do umrle osebe ¹ : _____

¹ Zakonec oziroma partner, s katerim je umrla oseba živela v zunajzakonski skupnosti; starši pod pogojem, da je bila umrla oseba otrok do 18. leta starosti ali otrok nad 18. letom starosti, če so ga bili starši dolžni preživljati ali je z njimi živel v trajnejši življenjski skupnosti; otroci do 18. leta starosti ali otroci nad 18. letom starosti, ki jih je bila umrla oseba dolžna preživljati ali so z njo živeli v trajnejši življenjski skupnosti.

3. Podatki o zdravstvenem zavodu oziroma drugi pravni ali fizični osebi, kjer je bilo cepljenje opravljeno:

(naziv in sedež izvajalca zdravstvene dejavnosti)

4. Podatki o cepivu, s katerim je bila oseba cepljena:

Navedite ime cepiva/cepiv, s katerimi je bila oseba cepljena, in datume cepljenja:

1. odmerek s cepivom _____, datum cepljenja _____
2. odmerek s cepivom _____, datum cepljenja _____
3. odmerek s cepivom _____, datum cepljenja _____
4. odmerek s cepivom _____, datum cepljenja _____

Navedite, po katerem odmerku je nastopil resen neželeni učinek:

5. Podatki o drugih cepivih, uporabljenih zdravilih in boleznih:

Vpišite druga zdravila, ki jih je oseba prejela redno ali občasno v obdobju treh mesecev pred pojavom resnega neželenega učinka, kot tudi morebitna druga cepiva (npr. cepivo proti gripi, pnevmokoknim okužbam, klopni meningoencefalitis ...):

Vpišite druge bolezni ali stanja, zaradi katerih je oseba prejela oziroma še prejema redno terapijo:

6. Podatki o nastali škodi na zdravju, ki je nastala po cepljenju (označiti):

**** resen neželen učinek po cepljenju, ki se kaže kot resno in trajno zmanjšanje življenjskih funkcij²**

(neposredna življenjska ogroženost s trajnimi posledicami; bolnišnično zdravljenje zaradi posledic cepljenja; dolgotrajna in izrazita nezmožnost, nesposobnost ter drugo po medicinski presoji pomembno klinično stanje po cepljenju) – bolezni in stanja, ki ne spadajo med resne neželene učinke, in tista, ki spadajo, so navedena na koncu vloge;

smrt osebe, ki je bila cepljena³.

² Obvezna priloga je zdravstvena dokumentacija, ki potrjuje zgornjo navedbo, in iz katerega je razvidno, kdaj in kje se je izvajala zdravstvena obravnava resnega neželenega učinka po cepljenju (izvid zdravnika ustrezne specialnosti, drugi specialistični izvidi, odpustnica iz bolnišnice ...).

³ Poleg obveznih prilog iz prejšnje opombe je obvezna priloga tudi mrliški list in obdukcijski zapisnik, če ta obstaja.

7. Opis resnega neželenega učinka, ki se kaže kot resno in trajno zmanjšanje življenjskih funkcij ali smrt osebe:

Datum pojava resnega neželenega učinka:

Ali resen neželen učinek še zmeraj traja?

DA

NE

Če ste obkrožili »ne«, vpišite datum zaključka težav: _____

Opišite resen neželen učinek, vključno s časovnico razvoja simptomov in diagnostično-terapevtske posege, ki so bili opravljeni (zdravstveno dokumentacijo, ki potrjuje vaše navedbe, prosimo, v skladu s prejšnjo točko oddajte kot prilogo):

V _____, dne _____

Podpis vlagatelja:

Priloge (navedite naslove in datume dokumentacije, ki jo prilagate):

1. pooblastilo pooblaščenca _____
2. akt pristojnega organa o skrbništvu, št. _____
3. izvid zdravnika specialista _____
4. drugi specialistični izvid _____
5. odpustnica iz bolnišnice _____
6. druga dokumentacija _____

Vloga se lahko izroči na naslednje načine:

- po pošti na naslov: Ministrstvo za zdravje, Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana
- na elektronski naslov: gp.mz@gov.si
- neposredno vsak delavnik med poslovnim časom: glavna pisarna Ministrstva za zdravje, Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana
- na portalu eVem

**** Pojasnilo k 6. točki:**

<i>Med resne neželene učinke ne spadajo (primeri):</i>	<i>Med resne neželene učinke spadajo (primeri)</i>
<ul style="list-style-type: none">• okužba s SARS-CoV-2• psihološka in psihiatrična stanja• sekundarne poškodbe, kot so poškodbe pri omedlevici ali hematoma na mestu cepljenja, ki se vname)• glavobol• utrujenost• reakcija na mestu cepljenja• bolečine v mišicah in sklepih• omotica• driska• bolečine v okončinah• vročina• nespečnost• slabost• bruhanje• otopelost• prekomerno znojenje• mrzlica• zmanjšan apetit• slabo počutje• povečane bezgavke• zaspanost• bolečine v trebuhu• srbečica• urtikarija/izpuščaj• gripi podobna bolezen• otekline• z anksioznostjo povezane reakcije, kot sta hiperventilacija in omedlevica	<ul style="list-style-type: none">• anafilaktična reakcija (huda alergična reakcija)• tromboza s trombocitopenijo• vnetje srčne mišice (miokarditis)• vnetje osrčnika (perikarditis)• sindrom kapilarnega popuščenja• demielinizirajoče motnje, vključno z Guillain-Barrejevim sindromom (GBS)• trombocitopenija, vključno z imunsko trombocitopenijo, ki je opredeljena kot končna diagnoza