

**Form for vaccination of Covid-19 for people with protection status from Ukraine**  
**Формуляр вакцинація проти Covid-19 для українців, шукаючих тимчасового захисту**  
**Формуляр вакцинация от Covid-19 для украинцев, ищущих временную защиту**

First name: Ім'я: Имя:		Last name: Прізвище: Фамилия:	
Gender: Стать: Пол:		Date of Birth Дата народження: Дата рождения:	
Address: Адреса: Адрес:		Postcode / City: Поштовий індекс / Місто Почтовый индекс / Город	
Mobile number: Номер мобільного телефону: Номер мобильного телефона:		E-Mail: Електронна пошта: Электронная почта:	

Yes/Так/Да No/Hi/Нет

1	Have you already been vaccinated against Covid-19 in your country? Ви вже зробили щеплення від Covid-19 у вашій країні? Были ли вы уже привиты от Covid-19 в своей стране?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	If so, with which vaccine? Якщо так, то якою вакциною? Если да, то какой вакциной?	<input type="checkbox"/>	Pfizer	PfizerBioNTech	PfizerBioNTech
		<input type="checkbox"/>	Moderna	Moderna	Moderna
		<input type="checkbox"/>	Astra Zeneca	AstraZeneca	AstraZeneca
		<input type="checkbox"/>	Sinovac	Sinovac	Sinovac
	.....	<input type="checkbox"/>	Another	Інша	Другая
3	How many vaccinations did you already receive? Скільки щеплень ви отримали? Сколько прививок вы сделали?	<input type="checkbox"/>	First shot	1 Щеплення	1 Прививка
		<input type="checkbox"/>	Second shot	2 Щеплення	2 Прививка
		<input type="checkbox"/>	Booster	Booster	Booster
4	When did you get the last shot? Коли ви зробили останнє щеплення? Когда вы сделали последнюю прививку?				
				Yes/Так/Да	No/Hi/Нет
5	Do you like to be vaccinated (First shot or finalisation of the basic vaccination)? Чи хотіли б Ви зробити щеплення (первинну вакцинацію або завершення базової імунізації)? Хотите ли Вы сделать прививку (первичную вакцинацию или завершение базовой иммунизации)?  If yes, please fill out the back side. Якщо так, будь ласка, заповніть зворотну сторону Если да, пожалуйста, заполните обратную сторону			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date / Дата/ Дата:

Signature / Підпис/ Подпись:

.....

.....

Please answer the following questions (only, if you like to be vaccinated)  
 Будь ласка, дайте відповідь на наступні запитання (тільки якщо ви хочете отримати щеплення)  
 Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы (только если вы хотите пройти вакцинацию):

		Yes/Так/Да	No/Ні/Нет
1	Do you have close contact with the person most at risk? Чи маєте ви контакт з людьми, які знаходяться в групі підвищеного ризику? Имеете ли вы контакт с людьми, которые находятся в группе повышенного риска?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Do you suffer from chronic disease(s) (high blood pressure, diabetes etc.)? Чи страждаєте ви на хронічні захворювання (високий кров'яний тиск, цукровий діабет тощо)? Страдаете ли вы хроническими заболеваниями (высокое кровяное давление, диабет и т. д.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Are you severely immunosuppressed? У вас сильно ослаблений імунітет? У вас сильный иммунодефицит?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you had any serious vaccine reactions from previous vaccinations? Чи були у вас серйозні реакції на попередні щеплення? Были ли у вас серьезные реакции на предыдущие прививки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	For women only: Are you pregnant? Тільки для жінок: ви вагітні? Только для женщин: вы беременны?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Have you had a confirmed COVID-19 infection? Чи була у вас підтверджена інфекція COVID-19? Была ли у вас подтвержденная инфекция COVID-19?  When? ..... Коли? Когда?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Do you suffer from an acute febrile illness? Ви страждаєте від гострої гарячкової хвороби? Вы страдаете от острого лихорадочного заболевания?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Are you sufficiently informed and do you agree to vaccination? Чи достатньо ви поінформовані та чи згодні ви на щеплення? Достаточно ли вы проинформированы и согласны ли вы на прививку?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date / Дата/ Дата:

Signature / Підпис/ Подпись:

.....

.....