

Информированное добровольное согласие на вакцинацию

Я _____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

даю согласие на проведение вакцинации против _____
мне или лицу находящемуся под моей опекой (степень родства): _____

ФИО того кому вводится вакцина

Настоящим подтверждаю, что проинформирован (а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка-это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр перед проведением прививки (а при необходимости, медицинском обследовании), которая входит в программу государственной гарантии оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ и предоставляется в государственных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о проведении профилактической прививки, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях впоследствии отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и добровольно соглашаюсь на проведение прививки.

Пациент _____ / _____ /

Врач _____

дата и время _____

Информированное добровольное согласие на вакцинацию

Я _____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

даю согласие на проведение вакцинации против _____
мне или лицу находящемуся под моей опекой (степень родства): _____

ФИО того кому вводится вакцина

Настоящим подтверждаю, что проинформирован (а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка-это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр перед проведением прививки (а при необходимости, медицинском обследовании), которая входит в программу государственной гарантии оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ и предоставляется в государственных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о проведении профилактической прививки, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях впоследствии отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и добровольно соглашаюсь на проведение прививки.

Пациент _____ / _____ /

Врач _____

дата и время _____