ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

**Дата рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Домашний адрес**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Место работы**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Телефон**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СНИЛС**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю то, 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 – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях

здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5

Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике

инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в

соответствии с международными медико-санитарными правилами либо

международными договорами Российской Федерации требует конкретных

профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные

учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при

угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ,

выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными

болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999

г. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с

высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует

обязательного проведения профилактических прививок".

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил

исчерпывающие ответы.

**Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической**

**Прививки, с инструкцией ознакомлен** *-* ***ГАМ-КОВИД-ВАК***\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях,

последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех

терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки - ***ГАМ-КОВИД-ВАК***

(название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название прививки)

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)