

Информированное добровольное согласие

Я_ (ФИО пациента), _____
_____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие на применение вакцины против
коронавирусной инфекции (название вакцины) _____

Я информирован (-а) в доступной для меня форме о целях настоящей вакцина-
ции и нежелательных эффектах, которые могут иметь место.

Я извещен (-а) о необходимости немедленно сообщать наблюдающему меня
врачу о любом ухудшении самочувствия, а также о необходимости приема ка-
ких-либо лекарственных препаратов в течение 1 года от момента вакцинации.

Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здо-
ровьем, в т.ч. о неблагоприятных реакциях при использовании лекарственных
препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях. Я со-
общил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении
алкоголя, наркотических и токсических средств.

ФИО пациента _____

Подпись пациента: _____

« ____ » _____ 2021 г.

ФИО медработника _____

Подпись медработника: _____

« ____ » _____ 2021 г.