

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ИЛИ ОТКАЗА ОТ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19 ДЕТЯМ

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) _____,
(фамилия, имя, отчество родителя (иного

законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/
несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего
больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

_____ года рождения,
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте
старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией
в возрасте старше 16 лет)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

а) о том, что вакцина против COVID-19 – это введение в организм
человека медицинского иммунобиологического препарата для создания
специфической невосприимчивости к инфекционной болезни;

б) о необходимости проведения вакцинации против COVID-19, возможных
поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении вакцинации против COVID-19,
включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте
до 18 лет перед проведением вакцинации (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" <1> 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.

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

Получив полную информацию о необходимости проведения вакцинации против
COVID-19 _____,

(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 вакцинации против COVID-19

_____ (название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения вакцинации против
COVID-19 _____

_____ (название прививки)

несовершеннолетнему _____.

(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения
несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте
до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя
(иного законного представителя)

несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет) / несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата _____

(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением вакцинации против COVID-19 несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____