

ЗАЯВА - ЗГОДА

Ім'я та прізвище :	
Дата народження:	Місце народження:
Реєстрація:	Телефон:
Медична карта (при наявності): N.	

Текст мною прочитаний та зрозумілий. Дана інформація підготовлена Італійським агентством з лікарських засобів (AIFA) щодо вакцини:
“ _____ ”

Я повідомив/**ла** лікаря про мої попередні та поточні патології, а також про можливе проходження лікування на даний час .

У мене була можливість ставити запитання щодо вакцинації та стану свого здоров'я, а також отримувати на них вичерпні та зрозумілі відповіді.

Інформація для мене є чіткою та зрозумілою. Мені відомі переваги, ризики вакцинації та питання альтернативної терапії, а також наслідки повної відмови або відмови від вакцинування другою дозою, якщо така очікується .

Я розумію, що у випадку виникнення будь-яких побічних ефектів, я зобов'язаний/**на** негайно повідомити свого чергового лікаря для вжиття відповідних заходів .

Я погоджуюсь залишатися в залі очікування не менше 15-ти хвилин, після вакцинації, щоб гарантувати відсутність побічних ефектів.

Я погоджуюсь та даю дозвіл на введення вакцини “_____”.

Дата та місце _____

Підпис особи що отримує вакцину або її офіційного представника

Відмовляюся від введення вакцини “_____”.

Дата та місце _____

Підпис особи що відмовляється від вакцини або її офіційного представника

Медичні працівники

1. **Ім'я та Прізвище** (Лікар) _____

Я підтверджую що особа яка вакцинується дав свою згоду на вакцинацію, та був належним чином про все проінформований

Підпис _____

2. **Ім'я та Прізвище** (Лікар або інший медичний працівник)

Функція _____

Я підтверджую, що особа яка вакцинується, дав згоду на вакцинацію , та був належним чином про все проінформований .

Підпис _____

У випадку вакцинації в клініці або в інших умовах де працює один лікар, чи за місцем проживання особи яка вакцинується, присутність другого медичного працівника не є обов'язковою.