

Номер полиса ОМС:

Кем выдан: _____

СНИЛС: - -

Паспорт серия: номер:

Кем выдан: _____

Дата выдачи: . . г. Код подразделения: -

Мобильный телефон: +7 () - -

Адрес проживания: _____
(регион) (район)

_____ (населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)

Адрес регистрации: _____
(регион) (район)

_____ (населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)

Уточнённые данные вакцинации	Название вакцины	Дата	Реакция на введение
Грипп			
Пневмококк			

Место работы (организация кратко, отделение и т.п.) _____

Должность _____

Хронические заболевания	ДА	НЕТ	Если ДА, то уточните диагноз
Хронические заболевания бронхолегочной системы			
Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы			
Хронические заболевания эндокринной системы			
Онкологические заболевания			
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека			
Туберкулез			
Сифилис			
Гепатит			
Иные			

Форма

Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи

Я, _____ (Ф. И. О. гражданина)
" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____ г. _____ (Ф. И. О. гражданина)
_____ (адрес места жительства гражданина либо
законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на
которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе
врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован
Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее –
Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения
первичной медико-санитарной помощи типом, законным представителем которого
я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской
помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств,
их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также
предлагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что
я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских
вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения,
за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального
закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации,
2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которых в соответствии с пунктом 5
части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана
информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным
представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (Ф. И. О. медицинского работника)

" _____ г.
_____ (дата оформления)

приложение № 5

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации _____ (наименование вакцины) _____ или отказ от нее.

1. Я, нижеподписавшийся(ая) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина) тогда

рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая вакцинация - это введение в организм человека медицинского
иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой
коронавирусной инфекции (COVID-19) у взрослых.

Вакцина получена биотехнологическим путем, при котором не используется патогенный для
человека вирус SARS-CoV-2. Препарат состоит из двух компонентов: компонент I и компонент II;
б) о необходимости проведения профилактической вакцинации, 2 этапах вакцинации и
противопоказаниях к ее проведению;

в) возможных поставленных осложнениях (общих: нерологические гриппоподобный
синдром, характеризирующийся ознобом, повышением температуры тела, артралгией, миалгией,
актицией, общим недомоганием, головной болью и местная: болезненность в месте инъекции,
гиперемия, отечность), которые могут развиваться в первые-вторые сутки после вакцинации и
решаются в течение 3-х последующих дней;

г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации (а
при необходимости - медицинского обследования);

д) о выполнении предписаний медицинских работников.

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической вакцинации Гам-КОВИД-Вак,
КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции,
вызываемой вирусом SARS-CoV-2, возможных прививочных реакциях и поставленных
осложнениях, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно согласился на
проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак, Комбинированной векторной вакциной для профилактики
коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

(фамилия, имя, отчество)

(добровольно соглашаясь (отказываясь) от проведения вакцинации Гам-КОВИД-Вак,
комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой
вирусом SARS-CoV-2).

Дата _____

(подпись)

Врач _____

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____