

**Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок  
или отказа от них**

Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (иного законного представителя))

\_\_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом: о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

о необходимости проведения профилактической прививки, возможных оствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

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 страхования гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

о выполнении предписаний медицинских работников.

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки (прививок) \_\_\_\_\_,  
(название прививки)

сложных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение прививки (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_  
(название прививки)

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

нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (иного законного представителя))

Дата \_\_\_\_\_  
(подпись)

Свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением тактических прививок, и дал ответы на все вопросы.

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)