**Информированное согласие на проведение профилактических прививок или отказа от них.**

1. Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.),проживающий по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающих обязательный медицинский осмотр перед проведением прививки, который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставления в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

 (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 прививки

 (название прививки)

Добровольно отказываюсь от проведение прививки

 (название прививки)

Я, нижеподписавшийся(аяся)

 (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок, и дал ответы на все вопросы.

Врач Дата

 (фамилия, имя, отчество) (подпись)

**Информированное согласие на проведение профилактических прививок или отказа от них.**

1. Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.),проживающий по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающих обязательный медицинский осмотр перед проведением прививки, который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставления в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

 (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 прививки

 (название прививки)

Добровольно отказываюсь от проведение прививки

 (название прививки)

Я, нижеподписавшийся(аяся)

 (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок, и дал ответы на все вопросы.

Врач Дата

 (фамилия, имя, отчество) (подпись)