

COVID-19疫苗的知情同意书

我已获得了有关Pfizer-BioNTech COVID-19疫苗紧急使用授权的信息。我明白疫苗的好处和风险，并有机会提出有关该疫苗的问题。我同意以下患者在紧急使用授权下接种Pfizer-BioNTech COVID-19疫苗。

接种疫苗的未成年人的姓名

接种疫苗的未成年人的出生日期

我证明接种疫苗的未成年人的年龄在12岁或以上：

是 不

如果您是家长（或授权代表），请在下面签名并注明日期，以表明您同意该未成年人接种Pfizer-BioNTech COVID-19疫苗。

家长或授权代表签名

日期

与患者的关系

