

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНУ COVID-19

Мне была предоставлена информация о разрешении на экстренное использование вакцины Pfizer-BioNTech COVID-19. Я понимаю преимущества и риски вакцины, и мне предоставили возможность задать вопросы о вакцине. Я даю согласие на вакцинацию Pfizer-BioNTech COVID-19 пациенту, указанному ниже, в рамках "Разрешения на использование в экстренных случаях".

ИМЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО/ЕЙ, КОТОРОМУ/ОЙ ДЕЛАЮТ
ВАКЦИНУ

ДАТА РОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО/ЕЙ, КОТОРОМУ/ОЙ
ДЕЛАЮТ ВАКЦИНУ

Я подтверждаю, что несовершеннолетнему/ей,
получившему/ей вакцину, исполнилось 12 лет:

Да

Нет

Если Вы являетесь родителем (или уполномоченным представителем), поставьте подпись и дату ниже, указав своё согласие на то, чтобы несовершеннолетнему/ей сделали вакцину Pfizer-BioNTech против COVID-19.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
ДАТА _____

КЕМ ПРИХОДИТЕСЬ ПАЦИЕНТУ

