

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ  
ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1 Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя законного представителя)

\_\_\_\_\_ года рождения  
несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

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;

г) о выполнении предписаний медицинских работников;

2. Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

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 реакций и поствакцинальных осложнений, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение прививок \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (название прививок)

добровольно отказываюсь от проведения прививок \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (название прививок)

несовершеннолетнему \_\_\_\_\_

(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/ несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество родителя иного законного представителя)

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

Врач \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Дата \_\_\_\_\_