Информирано съгласие за извършване на ваксинация срещу COVID-19

Долуподписаният.....,
(трите имена на лицето, на което ще се постави ваксината)

ЕГН: ....., Дата на раждане: .....

лична карта № ....., издадена на ..... от .....

адрес:.....

..... Тел. № .....

професия .....

в лично качество или в качеството си на родител/настойник или попечител на лицето (ненужното се зачертава): .....
(трите имена на лицето)

Заявявам че:

1. съм запознат с ползите от ваксината срещу COVID-19 ..... (вписва се търговското име на ваксината), рисковете от заболяването и неговите усложнения; показанията, начина на приложение, противопоказанията, взаимодействието с други лекарствени продукти и очакваните нежелани лекарствени реакции на прилагания биопродукт;

2. съм уведомен, че при възникване на нежелани реакции след ваксинация следва да съобщя за появата им по всяко време на медицински специалисти или на Изпълнителната агенция по лекарствата чрез попълване на електронен формуляр за съобщаване на нежелани лекарствени реакции от немедицински лица, достъпен на интернет страницата на агенцията;

3. съм съгласен да ми бъде/да бъде (ненужното се зачертава) приложена ваксина срещу COVID-19 ..... (вписва се търговското име на ваксината).

4. съм запознат, че предоставените от мен лични данни ще бъдат вписани в имунизационния регистър и във всички документи, удостоверяващи приложената ваксина срещу COVID-19, по начина, по който съм ги предоставил.

дата: .....

гр. .....

1. .....
(подпис на лицето)

2. .....
(име и подпис на лекаря)

Национален референтен номер (НРН) - ПОПЪЛВА СЕ ОТ РЕГИСТЪРА ЗА ВАКСИНИ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ