
Информированное согласие на вакцинацию несовершеннолетнего против COVID-19 с использованием вакцины Pfizer

Я не могу сопровождать своего ребенка или подопечного в пункт вакцинации. Я предоставляю свое разрешение _____ сопроводить моего ребенка в пункт вакцинации для проведения вакцинации.

Я уже изучил и имею доступ к Информационному бюллетеню о разрешении на экстренное применение вакцины Pfizer от COVID-19. Если мне понадобится получить дополнительную информацию о вакцине или процессе вакцинации, человек, который сопровождает моего ребенка, свяжется со мной по телефону, чтобы предоставить мне возможность пообщаться с лицом, производящим вакцинацию.

Пожалуйста, отметьте один из следующих вариантов

- _____ Я заполнил анкету онлайн (аллергия/другие заболевания и т. д.)
_____ Я распечатал / заполнил анкету, и она будет доставлена в пункт вакцинации вместе с ребенком
_____ Человек, который сопровождает моего ребенка, имеет медицинскую информацию, необходимую для заполнения анкеты, или сможет связаться со мной для получения дополнительной информации.

Я понимаю риски и преимущества вакцинации и даю согласие на то, чтобы мой ребенок прошел вакцинацию с использованием вакцины Pfizer BioNTech с разрешением на экстренное применение вакцины.

Полное имя ребенка

Дата рождения ребенка
(ребенку должно быть не менее 12 лет)

Имя родителя или законного опекуна

Подпись

Сегодняшняя дата