## Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них

последствиях отказа от пее;  в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершениюлетието в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости — медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания граждавам Российской Федерации бесплатно;  г) о выполнении предписаний медицинских работников.  2. я проинформирован (д) отом, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечет:  - запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международиным медико-санитарными правилами либо международиными 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 этильский;  - отказ в приеме граждан на работы выл отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации то 15 июля 1999 г. № 25 гоб утверждении перечив работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 25 гоб утверждении перечив работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и предуст обязательного проведения приорилактических прививки.  Я меся (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчернывающие ответы.  Нолучив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки  (Изавансеривныхи/привиком)  (Изаванствовного отказываются от проведения прививки)  (Изаванствовного отказываются от под рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного нархоманией, в кограсте старие 16 лет)  Дата (Поликсь)  Я	1. Я, нижеподписавшийся (аяся)	
(Указывается тод реждения всеовершенностегов в попраст стария (1 лет.)   до том, что профилактическая принияка — это введение в организм челожем медицинского иммунобиодогического препарата дия создания сетемфической неосприничимости в инфектионным болезиям;   до том, что профилактическая принияка — это введение в организм челожем медицинского иммунобиодогического препарата дия создания сетемфической перивики, вифоможных поствактичном постактической принивки, возможных поствактичном поколош при проведения профилактической принивки, возможных поствактичном постактической помощи при проведении профилактических прививки, возможных поствактичном собелелование), который вождат в Программу государственных гарантий какапии граждатим Россий Федералитого собелелование), который вождат в Программу государственных гарантий какапии граждатим Остановения предписаний медицинских работников.   д. д. проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопоромытактических прививок клечет:		арше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16
настоящим подтисраждаю то, что проинформирован (а) врачом:  а) от 10м, то профилактическая превывае — то веделене в организм чедовека медицинского иммунобидогического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезиям;  б) о недовливости проведения профилактической приняки, возможных постваждинальных осложнениях, последствиях отказа от нес;  к) о медицинской помогии при проведении профилактической приняки, возможных постваждинальных осложнениях, последствиях отказа от нес;  к) о медицинской помогии при проведении профилактических приняков, калочающей обвательный медицинской обоспование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерацин бессилатио;  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. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезией" отсутствие профилактических прививок влечет:  - запрет для граждан на выеча в страны, пребавание в которых в соответствии с международными медимо-саниятарными пранизами либо международными доловорами Российской Федерации гребует комретных профилактических прививок;  - временный отказ в плиеме глаждан на общожетстваные и опорожительные учрежления в случае возникновения миссовых инфекционными болезиями (постановление Правительные учрежления в случае возникновения миссовых инфекционными болезиями (постановление Правительные учрежления в случае возникновения миссовых и требует обязательного проведения профилактических прививок.  Я имсл (а) возможность здалавать постановление Правительные учрежления в случае возникновения миссовых и требует обязательного проведения профилактических прививок?  (Измание прививосным распожным фенерации от 15 июля 1999 г. № 825 об утверждения предуста обязательного проведения профилактических прививок)  (Измание прививосным приз информацион о необходимости проведения проминеннях, последеннях отказа от нее, я подтверждаю, что может прививом прививом приз	(Vegas pagetag for possessing accepanism and accepanism and accepanism).	
препарата для создания специфической невоспринячивост и к инфекционным болезиям;  б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях откляз от нес;  а) о медицинской помощи при проведения профилактической прививки, а при необходимости — медицинское обследование), который яходит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатной медицинорационам об тем соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болечией" отсутствие профилактических прививок влечет:  - запрет для граждан на высяд в страны, пребывание в которых в соответствии с междупародными медико-санитарными правилами для медико-санитарными правилами для медико-санитарными правилами для медико-санитарными инфекционных заболеваний ин при угрозе возникновения энидемий;  - отказ в приеме граждан на работы кати отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезиями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 "Об утверхдении перена работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезиями и требует обязательного проведения профилактических прививки и требует обязательного проведения профилактических прививки (Нававис прививки)  - Инм. (а) выможность задавать любые вопросы и на все вопросы нолучил и счернывающие ответы.  Возможных прививой римене (выможный римене)  - добровольно отказываюсь от проведение прививки  (Изавине привики)  (Изавиваета фамилия, имя, отчество и год рождения реверанностнего в возрасте до 15 лет/иссовершеннолетного больного парома		
последствиях отказа от пее;  в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр иссовершению потитете в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости — медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатно;  г) о выполнении предписаний медицинских работников.  2. Я провиформирован (а) отом, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 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 привикок;  - временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения этицемий;  - отказ в приеме граждан на работь выл отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации то 15 июля 1999 г. № 255 гоб утверждении перечиз работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 255 гоб утверждении перечиз работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения приорилактических прививки"  - убо утверждении перечиз работ, выполнение которых связано с насоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения привижем"  - (Измание прививкий) получил исчернывающие от 15 июля обязательного проведения прививки (Измание прививки) прививки  - добровольно согланаюсь на проведения прививки  - добровольно отланающие дажной прививки (Измание, в возрасте до 15 лет, несовершенноленего больного нар	а) о том, что профилактическая прививка – это введ	цение в организм человека медицинского иммунобиологического
осмотр несовершениюлетнего в возрасте до 18 лет перед проведением привики (а при необходимости — медицинское обследование), который водит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатно;  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. № 157-03 "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок выето запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии и смеждународными медико-санитаривми правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;  - временный отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезиями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 °СУ бутверждении перечар работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезиями и требует обязательного проведения профилактических прививок").  Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы иолучил исчернывающие ответы.  Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки  (Изавание прививкой прививки)  получно полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки  (Изавание прививкой прививки)  (Полиция), име, отчество радителя (пюто законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, иссовершеннолетнего, больного пар	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	пеской прививки, возможных поствакцинальных осложнениях
2. Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактичес инфекционных болезией" отсутствие профилактических прививок въчест:  - запрет для граждан на выезу в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными логоворами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;  - временный отказ в приеме граждан по бразовательные и озгоровительные учреждения в случае возинкновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возинкновения эпидемий;  - отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезиями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 от 605 утверждении перечив работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезиями и требует обязательного проведения профилактических прививок").  Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчернывающие ответы.  Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки  (Назавине привики/привикок)  - добровольно отказываюсь от проведение привики (Пезавине привики/привикок)  (Изазывается фамилия, имя, отчество и год рождения неоввершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет/несовершеннолетнего, больного наркоманией в возрасте до 16 лет/несовершеннолетнего, больного наркоманией в возрасте до 16 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)  Лата (Подпись)  Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.	осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет пере обследование), который входит в Программу государо бесплатной медицинской помощи и предоставляется в го	ед проведением прививки (а при необходимости – медицинскою ственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации
157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечет:  - запрет для граждан на выеза в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических привиюк;  - временный отказ в приеме граждан в образовательные и озгоровительные учреждения в случае возинкновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возинкновения этидемий;  - отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезиями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезиями и требует обязательного проведения профилактических прививок").  Я имел (а) возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мие поизтен смысл всех терминов, и:  - добровольно соглашаюсь на проведение прививки  (Название прививки/прививок)  - добровольно отказываюсь от проведения прививки  (Изазывается фамилия, имя, отчество и год рождения прививки  (Изазывается фамилия, имя, отчество и год рождения прививки  (Указывается фамилия, имя, отчество родителя (пного законного возрасте до 15 лет/песовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)  Я, нижеподписавшнийся (ався)  (Фамилия, имя, отчество родителя (ниого законного возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)  Дата (Подимсь)  Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививом несовершеннолетнему, и дал отнеты на все вопросы.	г) о выполнении предписаний медицинских работнико	OB.
правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;  - временый отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при утрозе возникновения лидемий;  - отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 "Об утверждении перечия работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок").  Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчернывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки  (Изаване привижи/прививок)  возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятей смысл всех терминов, и;  - добровольно соглашаюсь на проведение прививки  (Изаване прививки/прививок)  (Изаванея фамилия, имя, отчество и год рождения песовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного паркоманией в возрасте до 16 лет)  Я, нижеподписавщийся (аяся)  (Фамилия, имя, отчество радителя (имяо законного представителя) иссовершеннолетнего, больного паркоманией, в возрасте старше 16 лет)  Дага (Полнись)  Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.		
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 болезиями (постановление Которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезиями и требует обязательного проведения профилактических прививок").  ### Имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.    Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки    (Название прививки/прививок)  возможных прививочных реакциях и поставкцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:  - добровольно сотлашаюсь на проведение прививки    (Название прививки/прививок)  - добровольно отказываюсь от проведения прививки    (Изазвание прививки/прививок)    (Изазвание прививки/прививок)    (Изазванается фамклия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманней в возрасте до 16 лет)    Дата (Подпись)    Дата (Подпись)    Дата (Подпись)    Дата (Подпись)    Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведение профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.		
заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 "Об утверждении перечив работ, выплопление которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок").  Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.  Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки  ————————————————————————————————		
Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки  (Название прививки/прививок)  возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне поиятен смысл всех терминов, и:  - добровольно соглашаюсь на проведение прививки  (Название прививки/прививок)  - добровольно отказываюсь от проведения прививки  (Название прививки/прививок)  несовершеннолетнему  (Указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнето в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнето больного наркоманией в возрасте до 16 лет)  Я, нижеподписавшийся (аяся)  (Фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)  Дата (Подпись)  Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.  Врач	заболевания инфекционными болезнями (постановление "Об утверждении перечня работ, выполнение которых св	е Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 вязано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями
(Название прививки/прививок) возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и: - добровольно соглашаюсь на проведение прививки  — (Название прививки/прививок)  — добровольно отказываюсь от проведения прививки  — (Название прививки/прививок)  — (Казывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)  — (Фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)  — Дата (Подпись)  Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.  Врач	Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и	и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.
возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:  - добровольно соглашаюсь на проведение прививки  — добровольно отказываюсь от проведения прививки/прививок)  — добровольно отказываюсь от проведения прививки/прививок)  — несовершеннолетнему  — (Название прививки/прививок)  — иссовершеннолетнето в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)  Я, нижеподписавшийся (аяся)  — (Фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)  Дата (Подпись)  Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.  Врач	Получив полную информацию о необходимости проведен	ния профилактической прививки
- добровольно отказываюсь от проведения прививки  (Название прививки/прививок)  (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) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)  Дата (Подпись)  Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.  Врач	возможных прививочных реакциях и поствакцинальных мне понятен смысл всех терминов, и:	1
(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) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)  Дата  (Подпись)  Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.	•	вки/прививок)
Возрасте до 16 лет)  (Фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)  Дата (Подпись)  Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.  Врач	•	вки/прививок)
Я, нижеподписавшийся (аяся)  ——————————————————————————————————		
наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)  Дата (Подпись)  Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.  Врач		acte do to her)
Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.  Врач		арше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16
несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.  Врач		Дата (Подпись)
	несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.	, связанные с проведением профилактических прививон
(ПОЛПИСЬ) Дата (ПОЛПИСЬ)	(Фамилия, имя, отчество)	Дата (Подпись)