



Заявление о согласии прививка от гриппа типа А(Н1N1)

Заполните, пожалуйста, печатными буквами.

Фамилия: Имя:

Дата рождения:

Улица:

Индекс: Город:

№ больничной кассы: № застрахованного:
(согласно карточке застрахованного) (согласно карточке застрахованного)

- Своей подписью я подтверждаю, что работаю в учреждении здравоохранения или профессионального ухода, в службе спасения, в полиции или пожарной охране.
- Своей подписью я подтверждаю, что страдаю заболеванием, в связи с которым я могу получить прививку вне очереди.
- Я не принадлежу ни к одной из названных групп.

| | | |
|---|----------------|----------------|
| Я прочитал и понял разъяснительный листок | ~ да | ~ нет |
| Я желаю провести разговор с врачом | ~ да | ~ нет |
| У меня жар (температура выше 38°C) | ~ да | ~ нет |
| После прививки у меня однажды наблюдалась аллергическая реакция | ~ да | ~ нет |
| Я страдаю гиперчувствительностью к куриному белку | ~ да | ~ нет |
| Я принимаю кроворазжижающие лекарства | ~ да | ~ нет |
| Я беременна | ~ да | ~ нет |
| Только для детей до 10 лет: | ~ 1-я прививка | ~ 2-я прививка |

У меня больше нет вопросов, и я хочу получить прививку

Дата и подпись:

Документация по прививке (заполняется сделавшим прививку учреждением)

Вакцина:

Первая доза ~ Дата: № партии

Вторая доза ~ Дата: № партии

Адрес сделавшего прививку учреждения (штампель)

Имя и подпись врача

(оригинал для привитого, копия для сделавшего прививку учреждения)