

Главному врачу _____

(наименование медицинской организации)

(Ф.И.О. руководителя в дательном падеже)

от _____

(Ф.И.О. заявителя в родительном падеже)

« ____ » _____ г. рождения

адрес: _____

телефон: _____

ОТКАЗ ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

паспорт серия _____ № _____, выдан _____

« ____ » _____ г., заявляю отказ (нужное отметить):

☐ за себя;

☐ как законный представитель (мать, отец, опекун, попечитель) в отношении

_____, « ____ » _____ г. рождения.

(фамилия, имя, отчество ребёнка или подопечного)

На основании пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и части 3 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отказываюсь от проведения профилактических прививок (нужное отметить и дополнить):

☐ от всех профилактических прививок национального календаря;

☐ от прививки против _____;

☐ от прививки против _____ в эпидемическом сезоне _____;

☐ иное — _____.

Отказ заявлен при оказании медицинской помощи в

_____.
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа, в том числе последствия, предусмотренные пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ.

(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

Прошу внести настоящий отказ в медицинскую документацию. Мне разъяснено, что я вправе в любой момент отозвать отказ и оформить информированное добровольное согласие на профилактическую прививку.

« ____ » _____ Г. _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Подпись медицинского работника _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Отметка о принятии второго экземпляра:

вход. № _____ от « ____ » _____ Г. _____
(должность и подпись принявшего)