

# Информированное согласие на вакцину против коронавируса

Мне была предоставлена информация об использовании вакцины против коронавируса, Pfizer-BioNTech COVID-19, в экстренных ситуациях. Я понимаю преимущества и риски вакцины, и мне предоставили возможность задать вопросы о вакцине. Я даю согласие на вакцинацию пациента, указанного ниже, вакциной Pfizer-BioNTech COVID-19, в рамках Разрешения на использование в экстренных случаях.

\_\_\_\_\_  
ИМЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ВАКЦИНАЦИЮ

\_\_\_\_\_  
ДАТА РОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ВАКЦИНАЦИЮ

Я подтверждаю, что несовершеннолетнему, получающему вакцину, 12 лет или больше:

Да  Нет

Если вы являетесь родителем (или уполномоченным представителем) вышеуказанного ребенка, поставьте подпись и число ниже, указав ваше согласие на вакцину от COVID-19 Pfizer-BioNTech.

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

\_\_\_\_\_  
ЧИСЛО

\_\_\_\_\_  
ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ