***Я, нижеподписавшийся Букашка Александр Борисович, 02 марта 1980 года рождения, полис ОМС 0434567890, настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:***

а)  о  том, что профилактическая прививка — это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б)  о  необходимости  проведения  профилактической  прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в)  о  медицинской  помощи  при  проведении  профилактических прививок, включающей  обязательный  медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до  18лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и  муниципальных учреждениях здравоохранения 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. N 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 прививок;
* временный  отказ  в  приеме граждан в образовательные и оздоровительныеучреждения в случае возникновения массовых 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 болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г.  N  825  «Об  утверждении  перечня  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(а) исчерпывающие ответы. Получив  полную  информацию о необходимости проведения профилактической прививки Эбербиовак *(название прививки)* возможных   прививочных реакциях и  поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от  нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и: ***добровольно отказываюсь от проведения прививки Эбербиовак.***

10.10.2017 года БУКАШКА Букашка А.Б.