

QR-код

N _____

Медицинский сертификат

о профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или медицинских противопоказаниях к вакцинации и (или) перенесенном заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения (день, месяц, год) _____

Пол (мужской/женский) _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии) _____

Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

Дата формирования сертификата (число, месяц, год) _____

1. Информация о профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (при наличии)

| Номер записи о вакцинации в информационном ресурсе учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) | Дата проведения вакцинации (ревакцинации) | Сведения о лекарственном препарате (наименование, производитель, серия) | Наименование медицинской организации |
|---|---|---|--------------------------------------|
| | | | |
| | | | |

2. Информация о медицинских противопоказаниях к вакцинации (при наличии)

| Вид медицинских противопоказаний | Срок, на который установлены временные медицинские противопоказания | Наименование медицинской организации |
|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| | | |
| | | |

3. Информация о перенесенном заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (при наличии)

| Номер записи о лице, перенесшем заболевание, вызванное новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в информационном ресурсе учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) | Дата установления диагноза | Дата выздоровления (при наличии) | Наименование медицинской организации |
|---|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| | | | |