

Справка

о проведенных профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или наличии медицинских противопоказаний к вакцинации

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения (день, месяц, год) _____

Пол (мужской/женский) _____

Адрес места жительства _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии) _____

Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

Дата выдачи справки (число, месяц, год) _____

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

Дата проведения вакцинации	Сведения о лекарственном препарате (наименование, производитель, серия)	Планируемая дата вакцинации вторым компонентом вакцины (при наличии)	Наименование медицинской организации	Фамилия и инициалы имени и отчества (при наличии), подпись врача, печать медицинской организации (при наличии)

Информация о проведенной повторной вакцинации (ревакцинации) (при наличии)

Дата проведения ревакцинации	Сведения о лекарственном препарате (наименование, производитель, серия)	Планируемая дата вакцинации вторым компонентом вакцины (при наличии)	Наименование медицинской организации	Фамилия и инициалы имени и отчества (при наличии), подпись врача, печать медицинской организации (при наличии)

Информация о побочных действиях после вакцинации (ревакцинации) (при наличии)

Дата возникновения побочных действий	Характер побочного действия	Наименование медицинской организации	Фамилия и инициалы имени и отчества (при наличии), подпись врача, печать медицинской организации (при наличии)

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

Вид медицинских противопоказаний	Срок, на который установлены временные медицинские противопоказания	Наименование медицинской организации	Фамилия и инициалы имени и отчества (при наличии), подпись врача, печать медицинской организации (при наличии)