

## Информирано съгласие за извършване на ваксинация срещу COVID-19

I. Долуподписаният .....,  
(трите имена)

ЕГН: ....., лична карта № ....., издадена на  
..... от .....

Адрес:.....  
.....

В лично качество или в качеството си на родител/настойник или попечител на  
лицето (ненужното се зачертава):

- .....  
(трите имена на лицето)

Заявявам че:

1. съм запознат с ползите от ваксината срещу COVID-19  
..... (вписва се търговското име на ваксината),  
рисковете от заболяването и неговите усложнения; показанията, начина  
на приложение, противопоказанията, взаимодействието с други  
лекарствени продукти и очакваните нежелани лекарствени реакции на  
прилагания биопродукт;
2. уведомен съм, че при възникване на нежелани реакции след ваксинация  
следва да съобщя за появата им по всяко време на медицински  
специалисти или на Изпълнителната агенция по лекарствата чрез  
попълване на електронен формуляр за съобщаване на нежелани  
лекарствени реакции от немедицински лица, достъпен на следния линк:  
[https://www.bda.bg/bg/формуляр-за-съобщаване-на-нежелани-  
лекарствени-реакции-от-немедицински-лица](https://www.bda.bg/bg/формуляр-за-съобщаване-на-нежелани-лекарствени-реакции-от-немедицински-лица).
3. съм съгласен да ми бъде/да бъде (ненужното се зачертава) приложена  
ваксина срещу COVID-19 ..... (вписва се търговското име на  
ваксината).

дата: .....

гр. ....

1. ....

(подпис на лицето)

2. ....

(име и подпис на лекаря)