



ЗДРАВНИ СПЕЦИАЛИСТИ ПРОФЕСИОНАЛНО ОБЯВЕН Формуляр за освобождаване от ваксинация срещу КОВИД-19

Като долуподписан здравен специалист, на база на медицинските си знания и информацията, която ми е предоставена от въпросното лице или ако въпросното лице е под 16 години, от името на родител или настойник, мога да потвърдя, че следното лице трябва да бъде освободено от ваксинацията срещу COVID-19 поради медицински проблеми.

Данни за освободеното лице

Име и Фамилия:

Адрес:

Град:

Област:

Пощенски код:

Държава:

Телефон за контакт:

Email за контакт:

Дата на раждане (ден/месец/година)
[ако е необходимо]:

Националност [ако е необходимо]:

Номер Лична карта /Паспорт [ако е необходимо]:

Всяка допълнителна информация, свързана с освобождаването от ваксина срещу Covid-19

След консултация с посоченото лице, аз препоръчам да се избягва ваксинацията срещу КОВИД-19 по следната причина или причини.

[Поставете отметка във всички приложими квадратчета]

- Това лице има лична и/или фамилна анамнеза за алергични или анафилактични реакции към храни, лекарства, ваксини или химикали от околната среда
- Това лице има лична и/или фамилна анамнеза за едно или повече аутоимунни състояния или заболявания
- Този човек има анамнеза за нарушения на съсирването/кръвнето и според моето професионално мнение ваксинацията срещу КОВИД-19 е противопоказана
- Това лице има лична и/или фамилна анамнеза за синдром на хронична умора (СХУ), миалгичен енцефаломиелит (МЕ) или други пост-вирусни състояния
- Това лице има лична и/или фамилна анамнеза за неврологично или възпалително заболяване или състояние
- Този човек има заболяване или здравословни проблеми, за които според моето професионално мнение ваксинацията срещу КОВИД-19 е противопоказана
- Това лице има противопоказание поради опасения относно все още неизвестните дългосрочни ефекти на ваксините срещу КОВИД-19 върху фертилитета
- Това лице е преболедувало КОВИД-19 и е имало или е вероятно да е придобило естествен имунитет
- Това лице използва медицински и здравни мерки основани на доказателства, за да защити себе си и другите от инфекция с SARS-CoV-2

ЗДРАВНА ПРОФЕСИОНАЛНА ДЕКЛАРАЦИЯ

Като долуподписан, заявявам, че доколкото ми е известно и вярвам, горната информация е вярна и коректна. Консултирах се с горепосоченото лице или ако въпросното лице е под 16 години, с родител или настойник от името на индивида и препоръчвам това лице да бъде освободено от ваксинацията срещу КОВИД-19. Това е моето професионално мнение и се основава на моите знания за професионална медицинска практика относно вземане на решения и съгласие.

Име Фамилия Здравен Специалист:

Специалност(ти):

Регистрационен номер:

Регистрационна ID(ако се налага):

Подпис:

Дата: