



Възрастни и деца над 16г.

САМООБЯВЕН

Формуляр за освобождаване от ваксинация срещу КОВИД-19

Ваксините срещу COVID-19, които са били прилагани на обществеността по разрешително за спешна употреба, са свързани с умерени до тежки нежелани реакции и смърт при малка част от реципиентите. Понастоящем няма достатъчно налични дългосрочни данни за безопасност от изпитвания от фаза 3 и постмаркетингово наблюдение, за да може да се предвиди кои подгрупи от населението са най-уязвими към тези реакции. Клиничните оценки обаче са идентифицирали редица състояния или анамнеза, които са свързани с повишен риск от сериозни нежелани събития (вж. Панел Б). Хората с такива медицински проблеми, заедно с тези, които вече са имали COVID-19 и са придобили естествен имунитет, имат основателни причини да не се съгласят с ваксинацията срещу COVID-19. Такива лица могат да изберат да използват алтернативни подходи, за да намалят риска от развитие на сериозно заболяване COVID-19 и свързаното с него вирусно предаване. В България и международното право е записано правото на дадено лице да откаже каквото и да е медицинско лечение или намеса, без да бъде подложено на наказание, ограничаване или ограничаване на защитените права или свободи, тъй като това в противен случай би представлявало принуда

Панел А

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]:

Панел В

Имам лична и/или фамилна анамнеза за алергични, анафилактични или сериозни странични реакции към храни, лекарства, ваксини или химикали от околната среда

Имам лична и/или фамилна анамнеза за едно или повече аутоимунни състояния или заболявания

Имам лична и/или фамилна анамнеза за синдром на хронична умора (CFS), миалгичен енцефаломиеелит (ME) или други пост-вирусни състояния

Имам лична и/или фамилна анамнеза за неврологично или възпалително заболяване или състояние

Имам затруднения в ученето, разстройство от аутистичния спектър или друго увреждане в развитието

Аз съм под лекарско наблюдение за остро, сериозно или дългогодишно заболяване

Имам сериозни притеснения относно все още неизвестните дългосрочни ефекти на ваксините срещу COVID-19 върху плодовитостта, имунните дисфункции, включително АЗУ, аутоимунитета, алергията или потенциала им да предизвикат други усложнения

Отказах ваксинацията срещу COVID-19 поради неадекватни налични дългосрочни данни за безопасност и/или религиозни или философски причини

Имам или предполагам, че съм прекарал COVID-19 и съм, или имам вероятност да придобия естествен имунитет

ДЕКЛАРАЦИЯ

С настоящото декларирам, че информацията, предоставена в тази форма, е вярна и коректна според моите данни и убеждения. Имам медицински, религиозни или философски притеснения и съответно не съм дал съгласието си за ваксинация срещу COVID-19

Име:

Подпис:

Дата: