|  |
| --- |
| Главному врачу (указать наименование медицинской организации)  ОТ: ФИО, телефон для связи |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) получил предложение в срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года **пройти процедуру вакцинации от** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название заболевания, наименование вакцины).

В настоящий момент я имею заболевание \_\_\_\_ (указать диагноз) *или* имею ослабленное состояние здоровья \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать симптомы, жалобы на здоровье, плохое самочувствие и пр.).

В соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья в РФ» **необходимым предварительным условием** медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме **полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи**.

В соответствии с ч.1 ст.5 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на получение от медицинских работников **полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, возможных поствакцинальных осложнениях**.

На основании вышеизложенного, прошу Вас **предоставить мне сведения о возможных поствакцинальных осложнениях**, которые могут возникнуть у меня в связи с вышеуказанным заболеванием (ослабленным состоянием здоровья). В качестве доказательств прошу предоставить протоколы проведения исследований производителя вакцины на соответствующее заболевание (состояние здоровья), свидетельствующие о его безопасности.

Кроме этого, учитывая, что в соответствии со ст.21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья в РФ» **я имею право на выбор врача и на выбор медицинского учреждения**, прошу Вас сообщить, в каких еще (кроме Вашего) **медицинских учреждениях нашего региона я могу осуществить вышеуказанную вакцинацию**.

**В связи с изложенным, настоящим сообщаю Вам о своем согласии пройти вышеуказанную вакцинацию после получения мною полной и достоверной информации о поствакцинальных осложнениях, которые могут возникнуть у меня в связи с вышеуказанным состоянием моего здоровья.**

**Ваш официальный ответ и документы прошу направить мне в установленные законом сроки на мою электронную почту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ либо письмом по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Так же сообщаю о готовности ознакомиться со всей подготовленной вами информацией непосредственно в стенах вашего медицинского учреждения.**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_