

موافقه ور ضایت والدین / سرپرستان

(برای واکسیناسیون نوجوانان (16-17 سال)

در برابر کرونا با واکسنی (بایونتک فایضه)

شما می خواهید واکسینه شوید و 16 یا 17 سال دارید
برای این کار رضایت والدین یا سرپرستان شما لازم است

لطفاً این رضایتنامه را درموقع واکسیناسیون با خود همراه داشته باشید

نام / اسم فرد که واکسینه میشود (نام خانوادگی ، نام)
تاریخ تولد
نشانی / آدرس
نام , اسم والدین / سرپرستان

من به محتوای برگه معلومات آگا ،متوجع شده ام
من سوال دیگری ندارم و به صراحت از مشاوره پزشکی صرف نظر می کنم. فرزند من دراین مورد
شخصاً
توسط پزشک مطلع خواهد شد

(من با واکسیناسیون پیشنهادی برای فرزندم در برابر کرونا با واکسن (بایونتک فایضه)
رضایت دارم

محل ،	تاریخ ،	امضای والدین / سرپرست
-------	---------	-----------------------