

COMITETUL NAȚIONAL DE COORDONARE A ACTIVITĂȚILOR PRIVIND VACCINAREA ÎMPOTRIVA SARS-CoV-2

Grup de lucru Activitate Medicală	Procedură de lucru privind vaccinarea împotriva COVID-19 (Pfizer BioNTech – Comirnaty), versiunea revizuită pentru 6 doze vaccin/lacon CNCAV PAM 09	Ediția I Revizia 1 Data: 15.01.2021
--------------------------------------	---	---

ANEXA 5 - Formular de exprimare a acordului pacientului informat

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Datele pacientului	Numele și prenumele:	
	CNP:	
	Domiciliul/reședința:	
	Numar de telefon si adresa de email	
Actul medical: <i>Vaccinare cu vaccinul anti Covid 19 - Pfizer BioNTech</i> <i>COMIRNATY</i>		

Subsemnatul,(numele și prenumele pacientului / reprezentantului legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către (numele și prenumele medicului / asistentului medical), că am prezentat medicului/ asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical (vaccinare).

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medic
Semnatura

Data:/...../.....