

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я
України

02 листопада 2021 року № 2394

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма (для юридичних осіб) або прізвище, ім'я та по батькові (за наявності), місце проживання (для фізичних осіб – підприємців) _____ _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ																																																															
Код за ЄДРПОУ (для юридичних осіб) або реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичних осіб – підприємців) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							Форма первинної облікової документації № 028-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> № <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																									
Висновок лікаря щодо наявності протипоказань до вакцинації проти гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2																																																																
1. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта:																																																																
2. Дата народження: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																
3. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) лікаря, що видає довідку:																																																																
4. Висновок лікаря щодо протипоказань до вакцинації проти COVID-19:																																																																
5. Рекомендації:																																																																
6. Термін дії:																																																																
“ ___ ” _____ 20__ року	М.П. (за наявності)																																																															
Лікар	_____ Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) (підпис)																																																															
Керівник закладу охорони здоров'я (для юридичних осіб)	_____ Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) (підпис)																																																															

**Генеральний директор
Директорату громадського здоров'я та
профілактики захворюваності****Ірина РУДЕНКО**

**Додаток до
Висновку лікаря щодо наявності
протипоказань до вакцинації проти
гострої респіраторної хвороби COVID-19,
спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2**

Анамнестичні дані/встановлений діагноз:

“ ___ ” _____ 20__ року

М.П.
(за наявності)

Лікар _____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
(підпис)
