

Штамп МО ДЗМ

ФОРМА

**Справка  
о наличии временных медицинских противопоказаний к вакцинации**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения (день, месяц, год) \_\_\_\_\_

Пол (мужской/женский) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность \_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета \_\_\_\_\_

Полис обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

Дата выдачи справки (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

Вид медицинских противопоказаний \_\_\_ временные \_\_\_\_\_

Тип медицинских противопоказаний \_\_\_\_\_  
(частичные/ полные)

Срок, на который установлены временные/ длительные медицинские  
противопоказания \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность врача, подпись врача,  
печать медицинской организации \_\_\_\_\_