

**Ministarstvo zdravstva u Vermontu
Klinika za imunizaciju protiv COVID-19
Obrazac saglasnosti**

Ime pacijenta: _____ Datum rođenja _____

- Potvrđujem da sam pacijent i da imam najmanje 18 godina ili sam roditelj ili zakonski staratelj pacijenta.
- Dobio/dobila sam kopiju odobrenja za hitne slučajeve (EUA) za primaoce vakcine ili Izjavu o informacijama o vakcini za vakcinu protiv COVID-19 koju ću danas primiti.
- Pročitao /pročitala sam i razumijem informacije sadržane u EUA za primaoce vakcine ili u Izjavi o informacijama o vakcini.
- Dobio/dobila sam priliku da postavljam pitanja o vakcini protiv COVID 19.
- Razumijem koristi i rizike vakcine protiv COVID-19 te tražim davanje vakcine gore navedenoj osobi za koju sam ovlašten(a) dati saglasnost. *

Potpis pacijenta: _____

Datum potpisivanja obrasca saglasnosti:

Potpis roditelja / zakonskog staratelja * (ako je pacijent mlađi od 18 godina)

* Ako je maloljetnik pod starateljstvom države, potreban je potpis ovlaštenog predstavnika.

Ime roditelja / zakonskog staratelja (molimo štampanim slovima):

Dnevni broj telefona roditelja / zakonskog staratelja **: _____

** Ako roditelj / zakonski staratelj neće biti prisutan u klinici.