

**Vermont Department of Health  
COVID-19 Aşı Uygulama Kliniği  
Rıza Formu**

**Hastanın Adı:** \_\_\_\_\_ **Doğum Tarihi:** \_\_\_\_\_

- Hasta ve en az 18 yaşında olduğumu veya hastanın ebeveyni veya yasal vasisi olduğumu onaylıyorum.
- Aşılacak kişiler için Acil Kullanım İzininin (EUA) veya bana bugün verilecek COVID-19 Aşı Bilgilendirme Bildiriminin bir kopyasını aldım.
- Aşılacak kişiler için EUA'da veya Aşı Bilgilendirme Bildiriminde yer alan bilgileri okudum ve anladım.
- COVID-19 aşısı hakkında soru sorma fırsatım oldu.
- COVID-19 aşısının yarar ve risklerini anlıyorum. Aşının yukarıda adı geçen ve onay vermeye yetkili olduğum kişiye yapılmasını istiyorum.\*

**Hastanın İmzası:** \_\_\_\_\_

**Rıza Formunun İmzalandığı Tarih:** \_\_\_\_\_

**Ebeveyn/Yasal Vasinin İmzası\* (hasta 18 yaşından küçükse)** \_\_\_\_\_

\*Reşit olmayan hasta eyalet koruması altındaysa yetkili bir temsilcinin imzası gerekir.

**Ebeveyn/Yasal Vasinin Adı (lütfen büyük harflerle yazın) :** \_\_\_\_\_

**Ebeveyn/Yasal Vasinin Gündüz Ulaşılabilir Telefon Numarası\*\*:** \_\_\_\_\_

\*\*Ebeveyn/yasal vasi klinikte bulunmayacaksa.