

Место для
воспроизведения
QR-кода

Приложение № 1
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 22 октября 2021 г. № 1006н

Форма

**Сертификат
о профилактических прививках против новой коронавирусной
инфекции (COVID-19) или медицинских противопоказаниях к
вакцинации и (или) о перенесенном заболевании, вызванном
новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)**

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 (при наличии) _____
Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) _____
Дата формирования (выдачи) сертификата (число, месяц, год) _____

**1. Информация о профилактических прививках против новой
коронавирусной инфекции (COVID-19) (при наличии)**

Номер записи о вакцинации в информационном
ресурсе учета информации в целях
предотвращения распространения новой
коронавирусной инфекции (COVID-19)

Дата проведения вакцинации	Сведения о лекарственном препарате (наименование, производитель, серия)	Наименование медицинской организации

Информация о повторной вакцинации (ревакцинации)

Дата проведения вакцинации	Сведения о лекарственном препарате (наименование, производитель, серия)	Наименование медицинской организации

2. Информация о наличии медицинских противопоказаний к вакцинации (при наличии)

Вид медицинских противопоказаний	Срок, на который установлены временные медицинские противопоказания	Наименование медицинской организации

3. Информация о перенесенном заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (при наличии)

Номер записи о лице, перенесшем заболевание, вызванное новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в информационном ресурсе учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)

Дата установления диагноза	Дата выздоровления	Наименование медицинской организации