

אישור הורה לחיסון כנגד נגיף הקורונה covid19 לגילאי 16-18

| 1. אישור ההורה | | | |
|--|-----------------|-----------------|-------|
| מאת הורי המבוטח/ת | | | |
| שם המבוטח/ת | | מספר תעודת זהות | |
| | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • אני מאשר/ת כי לבני/בתי מלאו 16 שנים, וטרם מלאו לו/לה 18 שנים. • אני מאשר/ת לתת לבני/בתי חיסון כנגד נגיף הקורונה. • ידוע לי שלא ינתן לבני/בתי חיסון בניגוד לרצונו/ה. • ידוע לי שעל בני/בתי למסור לפני קבלת החיסון פרטים אודות מצבו/ה הבריאותי, רגישויות ואלרגיות לתרופות ולמזון. • קראתי ו/או ידוע לי כי יש - מידע על החיסון באתר משרד הבריאות: • . /https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/home • ידוע לי כי בני/בתי חייבת/ת להישאר במקום מתן החיסון במשך כ- 15 דקות לאחר מתן החיסון להשגחה, או 30 דקות אם יש לו/לה רגישות או אלרגיה מיוחדים לפי הוראות משרד הבריאות. • ידוע לי שיש לפנות לקבלת טיפול רפואי או להתייעצות עם רופא/ה, אם תופענה תגובות לחיסון לאחר קבלתו, או אם ישתנה, באופן כלשהי, מצבו הגופני של בני/ביתי לאחר קבלת החיסון. | | | |
| שם מלא של ההורה | מספר תעודת זהות | חתימה | תאריך |
| | | | |