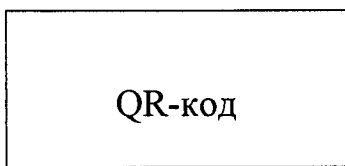


Приложение № 3  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г.  
№ 1053 н



№ \_\_\_\_\_

Форма

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

Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество (*при наличии*) \_\_\_\_\_  
Дата рождения (день, месяц, год) \_\_\_\_\_  
Пол (мужской/женский) \_\_\_\_\_  
Сведения о документе, удостоверяющем личность \_\_\_\_\_  
Страховой номер индивидуального лицевого счета (*при наличии*) \_\_\_\_\_  
Полис обязательного медицинского страхования (*при наличии*) \_\_\_\_\_  
Дата формирования сертификата (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

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

| Номер записи<br>о вакцинации<br>в информационном<br>ресурсе учета<br>информации в целях<br>предотвращения<br>распространения<br>новой<br>коронавирусной<br>инфекции<br>(COVID-19) | Дата<br>проведения<br>вакцинации<br>(ревакцинации) | Сведения о<br>лекарственном<br>препарате<br>(наименование,<br>производитель,<br>серия) | Наименование<br>медицинской<br>организации |
|---|--|--|--|
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |

**2. Информация о медицинских противопоказаниях 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 (при наличии) | Наименование медицинской организации |
|---|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
|   |                            |                                  |                                      |
|   |                            |                                  |                                      |