

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (обследование на ВИЧ-инфекцию)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя, возраст пациента)

зарегистрированный (-ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие медицинским работникам \_\_\_\_\_

**на следующие виды медицинских вмешательств:** опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр (дотестовое и послетестовое консультирование), лабораторные методы обследования, включающие в себя суммарное определение антител классов М, G (IgM и IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 1/HIV 2) и антигена р24 в сыворотке или плазме крови человека.

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, включая вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от указанных в настоящем согласии медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, о чем необходимо поставить в известность медицинских работников \_\_\_\_\_ и оформить отказ от медицинского вмешательства в письменной форме.

В соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я разрешаю передавать составляющие врачебную тайну, а именно: сведения о моем обращении за медицинским вмешательством, сведения о моем здоровье/состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)* следующим лицам:

1. ООО «МедМигСервис» (ОГРН 1217800085458, ИНН 7811760622, адрес местонахождения: 192177, г. Санкт-Петербург, вн. тер. г. муниципальный округ Рыбацкое, ул. Юннатов, д. 3, литера А, пом. 1-Н, ч.п. 12);

2. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. граждан, должностных лиц \ наименование и ОГРН юридического лица)

Подпись пациента / представителя пациента (ФИО прописью, подпись): \_\_\_\_\_

Содержание настоящего документа мною прочитано, мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Дата

Подпись пациента / представителя пациента (ФИО прописью, подпись):

Подпись медицинского работника:

(Ф.И.О.)