### ***Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение Здравоохранения***



### ***«Городская Мариинская больница***»

### **Отделение вспомогательных репродуктивных технологий**

### Адрес: 191 104 Санкт-Петербург, Литейный пр. дом 56, **тел. 275-72-40, 920-25-48**

[www.mariin.ru/ivf](http://www.mariin.ru/ivf) ; [ivf@mariin.ru](mailto:ivf@mariin.ru)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение комплексного обследования и лечения**

**(в том числе инвазивных процедур и всех необходимых манипуляций).**

***(Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным Законом***

***«Об основах охраны здоровья граждан РФ»).***

ФИО Чекмак Дмитрий Алексеевич\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) заполняется собственноручно пациентом или законным представителем пациента*

Дата «\_02\_» \_\_Марта\_\_ 1994г. Возраст 30 лет\_\_\_\_\_\_ № И.Б. 1027762\_\_\_\_\_

1. Мне подробно разъяснено состояние моего здоровья, а также план обследования и лечения.

2. Настоящим соглашением я выражаю полное доверие своему лечащему врачу и медицинскому персоналу учреждения.

3. Я согласен(а) выполнять все необходимые процедуры и манипуляции, связанные с диагностикой и лечением моего заболевания (инъекции, различные методы осмотра,, в том числе инструментальные, ультразвуковые диагностические исследования).

4. Я понимаю, что невозможно полностью гарантировать мне благоприятный исход и исключить различные осложнения и последствия диагностических процедур, включая нетрудоспособность.

5.Мне предоставлена информация о возможности проведения процедур ВРТ в рамках Территориальной программы ОМС.

6. Согласен на обработку и использование персональных данных, содержащихся в заявлении и приложении к нему, с целью организации оказания специализированной медицинской помощи, а также на обработку и использование персональных данных, и получение информации по мобильному телефону и электронной почте при лечении бесплодия методом ЭКО. Согласен на обмен (прием и передачу) персональных данных в информационной системе медицинского учреждения.

7. Содержание настоящего документа мною прочитано.

Документ полностью мне понятен, что я удостоверяю своей подписью­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я разрешаю информировать о моем диагнозе и состоянии моего здоровья следующих лиц:

Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактная информация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я отказываюсь от проведения:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне сообщено о последствиях этого отказа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)