

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Информированное добровольное согласие женщины, родившей ребенка (суррогатной матери), на запись указанных супругов родителями ребенка

« ____ » _____ 20 ____ г., « ____ » часов « ____ » минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», со статьей 16 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. №143-

ФЗ «Об актах гражданского состояния» (с изменениями от 25 октября 2001 г., 29 апреля 2002 г., 22 апреля, 7 июля, 8 декабря 2003 г., 22 августа, 29 декабря 2004 г., 31 декабря 2005 г., 18 июля 2006 г., 23 июля 2008 г., 17 июля, 17, 27 декабря 2009 г., 5 апреля, 28 июля 2010 г., 1 июля, 3, 6 декабря 2011 г.)

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)

19__ года рождения, проживающая по адресу: _____

паспорт: _____
(серия, номер паспорта)

выдан: _____
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

поставлена в известность, что я госпитализирована _____
(дата госпитализации)

_____ бюджетного учреждения Ханты-Мансийского
(вписать наименование отделения)

автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

Даю свое согласие на запись супругов:

1. _____
паспорт: _____

(серия, номер паспорта)

выдан: _____
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

2. _____
паспорт: _____

(серия, номер паспорта)

выдан: _____
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

родителями рожденного мною _____
(указать дату и время рождения ребенка)

ребенка _____ ;
(указать пол ребенка)

- мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления с данным документом, обдумывания информации и принятия решения;

- я прочитала и поняла все вышеизложенное и удовлетворена ответами на все мои вопросы, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о подписании информированного добровольного согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери), на запись указанных супругов родителями ребенка.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Примечание:

Федеральный закон от 15.11.1997 г. №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния»

Статья 16. Заявление о рождении ребенка

1. Родители (один из родителей) заявляют о рождении ребенка устно или в письменной форме в орган записи актов гражданского состояния.
2. В случае, если родители не имеют возможности лично заявить о рождении ребенка, заявление о рождении ребенка может быть сделано родственником одного из родителей или иным уполномоченным родителями (одним из родителей) лицом либо должностным лицом медицинской организации или должностным лицом иной организации, в которой находилась мать во время родов или находится ребенок.
3. Одновременно с подачей заявления о рождении ребенка должен быть представлен документ, подтверждающий факт рождения ребенка, а также должны быть предъявлены документы, удостоверяющие личности родителей (одного из родителей) или личность заявителя и подтверждающие его полномочия, и документы, являющиеся основанием для внесения сведений об отце в запись акта о рождении ребенка.
4. В случае, если рождение ребенка подтверждается заявлением лица, присутствовавшего во время родов, такое заявление должно быть представлено в орган записи актов гражданского состояния в соответствии с правилами, установленными пунктами 2 и 3 статьи 14 настоящего Федерального закона.
5. При государственной регистрации рождения ребенка по заявлению супругов, давших согласие на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, одновременно с документом, подтверждающим факт рождения ребенка, должен быть представлен документ, выданный медицинской организацией и подтверждающий факт получения согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери), на запись указанных супругов родителями ребенка.

Дополнительная информация:

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача