

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСИЙСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие супружеской пары о применении
метода искусственной инсеминации спермой мужа.**

«___» _____ 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»

Мы, супруги

Жена _____

паспорт _____

Муж _____

паспорт _____

проживающие по адресу:

жена (_____),

муж (_____),

находимся в зарегистрированном браке, брачное свидетельство

**или в незарегистрированном браке (ненужное зачеркнуть) просим по нашему
обоюдному согласию провести нам лечение бесплодия методом искусственной
инсеминации в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа -
Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».**

(наименование лечебного учреждения)

Мы ознакомлены лечащим врачом с этапами проведения лечения и обязуемся
выполнять все медицинские требования и назначения врача.

Мы предупреждены о возможных осложнениях данной программы (синдром
гиперстимуляции, прерывание беременности, внематочная беременность, кровотечения,
воспалительные процессы и др.) и обязуемся не предъявлять претензий к лечащему врачу и
администрации данного лечебного учреждения в случае отсутствия положительного эффекта
лечения или возникновения аномалии развития плода, которую в настоящих условиях
развития медицинской практики, нет возможности диагностировать, в том числе из-за
отсутствия уникального медицинского оборудования.

Мы предупреждены, что в случае наступления беременности мы должны посетить
медико-генетическую консультацию.

При благоприятном исходе лечения мы берем на себя равные права и обязанности родителей в отношении будущего ребенка по его воспитанию и содержанию в соответствии со статьей 38 Конституции РФ и гл. 12 «Права и обязанности родителей» «Семейного кодекса РФ».

Мы согласны оплатить все этапы лечения с применением метода искусственной инсеминации.

Подписи:

Супруга _____

Супруг _____

« _____ » _____ 20__ г

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача
