

**Предупреждение
лицу, заболевшему венерической болезнью**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью), г. рождения,

_____ место жительства (республика, край, область, город, село)

письменно подтверждаю, что сего числа я предупрежден(а) о том, что страдаю венерической болезнью в форме _____, которая является заразной для других лиц.

Мне понятен порядок, сроки лечения и контрольного наблюдения, с которыми я согласен(а).

Мне разъяснены мои права и обязанности, в том числе, что я не могу быть донором в течение всей жизни независимо от давности заболевания сифилисом и результатов лечения.

Мне и приглашенным моим половым партнерам гарантирована конфиденциальность со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

Мне разъяснено, что я имею право на:

- обследование и лечение в соответствии со стандартами медицинской помощи, содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении
- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

Мне разъяснено, что:

- после настоящего предупреждения в случае не выполнения своих обязательств и заражения венерическим заболеванием другого лица я несу уголовную ответственность в соответствии со ст. 121 Уголовного Кодекса Российской Федерации «Заражение венерической болезнью», а также за сокрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения, я несу административную ответственность в соответствии со ст. 6.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (в ред. Федерального закона от 22.06.2007 № 116-ФЗ).

- в случае уклонения от медицинского освидетельствования и лечения ко мне могут быть приняты меры принудительного характера в соответствии с действующим законодательством.

Я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них исчерпывающие ответы.

С режимом дня и правилами размещения и нахождения в палате стационара ознакомлен(а).

С предложенным планом обследования и лечения согласен(а).

От предложенного плана обследования и лечения отказался.

(ненужное зачеркнуть)

« ____ » _____ 20 __ г.

_____ (подпись пациента или его законного представителя)

_____ (печать и подпись лечащего врача)

Примечание: при этом предлагаемый план обследования и лечения в любом случае («согласен», «отказался») должен быть расписан врачом в первичном медицинском документе.

№ медицинской карты _____

Для больного, наблюдающегося в кабинете анонимного обследования и лечения, фамилия, имя, отчество заполняется с его слов, и он также предупреждается об уголовной и административной ответственности за заражение другого лица венерической болезнью и сокрытие источника заражения и контактов, создающих опасность заражения.