

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
Государственное бюджетное учреждение
«Межрайонная больница № 2»

ПРИКАЗ

от «3» февраля 2025г. № 23
р.п. Лебяжье

**Об организации работы по защите беременных женщин от склонения к
искусственному прерыванию беременности
в ГБУ «Межрайонная больница № 2»**

В целях реализации Закона Курганской области от 27 ноября 2024 года № 69 «О защите беременных женщин от склонения к искусственному прерыванию беременности на территории Курганской области и о внесении изменений в Закон Курганской области «Об административных правонарушениях на территории Курганской области» (далее - Закон от 27 ноября 2024 года № 69), в целях недопущения склонения женщин к искусственному прерыванию беременности, на основании приказа Департамента здравоохранения Курганской области от 3 февраля 2025 года № 112 « Об организации работы по защите беременных женщин от склонения к искусственному прерыванию беременности в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Курганской области»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму:

- 1) заявления о склонении к искусственному прерыванию беременности согласно приложению 1 к настоящему приказу;
- 2) журнала регистрации заявлений о склонении к искусственному прерыванию беременности согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Организовать деятельность ГБУ «Межрайонная больница № 2» по реализации Закона от 27 ноября 2024 год № 69;

3. Врачей-акушеров-гинекологов Шевчук Л.Г. и Широковских Н.И. назначить ответственными за:

- прием заявлений от беременных женщин по факту склонения к искусственному прерыванию беременности. Заявление подлежит обязательной регистрации в течение трех дней со дня поступления в медицинскую организацию;
- ведение учета поступивших заявлений в медицинской организаций;
- направление в течение пяти дней со дня регистрации заявлений и приложенных документов, при наличии, в Департамент здравоохранения Курганской области (далее - Департамент здравоохранения);

4. Разместить на информационных стендах и официальных сайтах ГБУ «Межрайонная больница № 2» информацию о способах обращения в случае склонения беременной женщины к искусственному прерыванию беременности.

5. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о.главного врача



Л.В.Мисечко

Приложение 1
к приказу ГБУ «Межрайонная больница № 2» от 3
февраля 2025 года № 23 «Об организации работы
по защите беременных женщин от склонения к
искусственному прерыванию беременности в ГБУ
«Межрайонная больница № 2»

ФОРМА

Директору Департаменту здравоохранения
Курганской области Е.В. Островских

(фамилия, имя, отчество)

(адрес регистрации)

(контрактный телефон)

(паспортные данные)

Заявление о склонении к искусственному прерыванию беременности

Сведения о лице, склоняющем беременную женщину к искусственному прерыванию беременности (заполняется в случае если заявителю известны)

ФИО

Дата рождения

Место рождения

Адрес регистрации

Адрес проживания

Паспортные данные

Семейное положение

Контактный телефон

Свидетели _____ (при _____ наличии)

На основании изложенного, руководствуясь Законом Курганской области от 27 ноября 2024 года № 69 «О защите беременных женщин от склонения к искусственному прерыванию беременности на территории Курганской области и о внесении изменений в Закон Курганской области «Об административных правонарушениях на территории Курганской области», прошу привлечь _____

к административной ответственности по статье 25²² Закона Курганской области от 20 ноября 1995 года № 25 « о административных правонарушениях на территории Курганской области».

Приложение:

« ____ » _____ 20__ года

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Приложение 2
к приказу ГБУ «Межрайонная больница № 2» от 3
февраля 2025 года № 23 «Об организации работы по
защите беременных женщин от склонения к
искусственному прерыванию беременности в ГБУ
«Межрайонная больница № 2»

Журнал
регистрации заявлений о склонении к искусственному прерыванию
беременности

№ п/п	Дата (число, месяц, год) поступи ения	Время (час, мин.)	Ф.И.О. граждани на	Адрес, телефон граждани на	Краткое содержани е заявления	Ф.И.О. сотрудника, зарегистрировавше го заявление, подпись	Дата направления заявления в Департамент