

# Типовая форма для документального подтверждения предложения о проведении ВИЧ-тестирования

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК  
Институт СПИДа

## Предложение о проведении ВИЧ-тестирования

Ваш поставщик медицинских услуг обязан предложить ВИЧ-тестирование всем лицам в возрасте 13–64 лет независимо от очевидности риска. Настоятельно рекомендуем вам согласиться на тестирование, поскольку оно, как и другие медицинские обследования, позволит вам узнать о состоянии вашего здоровья и выбрать соответствующие способы его поддержания.

Да, я принимаю предложение о проведении ВИЧ-тестирования.

Нет, я отказываюсь от проведения ВИЧ-тестирования сегодня.

Имя и фамилия пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_  
Пациент или лицо, уполномоченное давать согласие