



ПЪРВА СПЕЦИАЛИЗИРАНА АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНА БОЛНИЦА
ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ „СВ. СОФИЯ” ЕАД

Д Е К Л А Р А Ц И Я

ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА МЕДИЦИНСКИ ДЕЙСТВИЯ
/СЪГЛ. ЧЛ. 87 и 88 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО/

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО / ГОСПОДИНЕ,

Вие имате право като пациент да бъдете информиран /а/ за състоянието си и за вида и обема на необходимите лечебни и диагностични процедури. Разясненията имат за цел да бъдете добре информиран /а/ така, че да можете да дадете или откажете съгласието си за дадена процедура или лечение.

МОЛЯ ПРОЧЕТЕТЕ И ПОПЪЛНЕТЕ

1. Съгласен/а? Съм д-р като мой лекуващ лекар и медицинските специалисти от екипа, чиято помощ ще бъде необходима, да се грижат за моето състояние. Разяснена ми е диагнозата и характерът на заболяването ми.
2. Информирани/а/ съм за целите и естеството на лечението, съществуващите алтернативи, очакваните резултати и прогнозата.
3. Информирани/а/ съм, че следните медицински процедури са предвидени за мен и аз доброволно ги приемам:
.....
.....
.....
4. Информирани/а/ съм за потенциалните рискове, свързани с предлаганите лечебно-диагностични методи, странични ефекти и нежеланите лекарствени резултати, които могат да възникнат, независимо от всички предприети мерки.
5. В случаите, когато се налага да бъдат използвани кръв и кръвни продукти, лекуващият лекар да ме информира и да ми предостави за подпис допълнителна декларация по Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането /ЗККК/.
6. Информирани/а/ съм за риска и здравето си при прилагане на други методи на лечение и при отказ от лечение.
7. Декларирам, че съм съгласен/а/ информацията за здравословното ми състояние да бъде предоставена на
.....

Декларирам, че настоящият формуляр ми беше разяснен подробно и напълно разбирам съдържанието му.

ДАТА:.....

ЧАС:.....

ПАЦИЕНТ:.....

ПОДПИС НА ПАЦИЕНТА:.....

ЛЕКАР, ИЗВЪРШИЛ РАЗЯСНЕНИЕТО:.....

ПОДПИС:.....

АКО ПАЦИЕНТЪТ Е НЕДЕЕСПОСОБЕН, СЪГЛАСИЕТО СЕ ДАВА ОТ ЗАКОННИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛ /ПОПЕЧИТЕЛ/ - ЛИЦЕ ПО ЧЛ. 162, АЛ. 3 ОТ ЗЗ, НА КОЙТО Е ПРЕДОСТАВЕНА ПРЕДВАРИТЕЛНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНОТО МУ СЪСТОЯНИЕ И ЗА ВИДА И ОБЕМА НА ДИАГНОСТИЧНИТЕ И ЛЕЧЕБНИ ПРОЦЕДУРИ, КОИТО Е НЕОБХОДИМО ДА СЕ ПРИЛОЖАТ.

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ ПОДПИСВАМ ДЕКЛАРАЦИЯТА КАТО:
ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ /ПОПЕЧИТЕЛ/**

.....

ЕГН:.....Л.К.No.....ИЗД:.....

.....

СЪД. РЕШЕНИЕ ЗА ЛИЦЕ ПО ЧЛ. 162, АЛ. 3 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО

.....

ПОДПИС:.....