

МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ „СЕРДИКА” ЕООД
ГР. СОФИЯ УЛ. „ДАМЯН ГРУЕВ” № 6 ТЕЛ. 02 488 99 – 99

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА

От

ЕГН..... л.к. №..... изд. от

Гр..... Адрес:.....

.....

Приет/а за лечение в МБАЛ „Сердика” ЕООД гр. София в отделение.....

.....

ДЕКЛАРИРАМ ЧЕ:

С настоящата декларация удостоверявам, че:

1. Запознат / а съм с правата на пациента.
2. Съгласен/ на съм да ми бъдат извършени всички изследвания и лечебни процедури / включително и хирургично лечение/, необходимо за диагностиката и лечението на заболяването ми, като съм запознат с рисковете от тях.
3. Разбирам, че в процеса на лечение може да се открият нарушения в здравословното ми състояние, които изискват процедури, различни от планираните, които ще ми бъдат разяснени след операцията. Давам съгласие за извършване на необходимите лечебни процедури, включително и необходимо антибиотично лечение.
4. Обяснени ми бяха възможните усложнения по време и след операцията, както и рискът, който могат да създадат за по – тежко протичане на следоперативния период.
5. Наясно съм, че не могат да се дадат пълни гаранции за резултатите от лечението. Обяснено ми е и разбирам, че в хода на лечението в резултат на усложнения може да настъпи загуба на орган или само на неговата функция, включително и друг фатален изход. За отстраняването на тъканите да се постъпва съгласно законите на страната.
6. **Съгласен съм / не съм съгласен/** да бъдат използвани кръв и кръвни продукти по предназначение, ако се сметне за необходимо / вярното се подчертава/. Обяснено ми е, че преливането на дарителска кръв и други кръвни продукти крие рискове от:
 - Заразяване с хепатит В и С, СПИН, сифилис, CMV и др. / въпреки прецизното изследване за трансмисивни инфекции/.
 - Странични реакции и усложнения – втрисане, повишаване на телесна температура, алергични реакции, реакции на имунна несъвместимост.
7. Предоставено ми бе възможност да задавам въпроси относно състоянието ми, алтернативните форми на анестезия и лечение, а също така и относно рисковете, ако лечението не се проведе.
8. Предоставена ми бе възможност да задавам въпроси относно процедурите, които ще се прилагат и рисковете и опасностите свързани с тях. Беше ми обяснено, че мога да определям лицата, които да бъдат информирани за здравословното ми състояние. Считам, че съм получил достатъчно информация, за да дам съгласието си за изследванията и лечебните процедури, които ще ми бъдат приложени.
9. Уведомен /а съм, че отговарям лично за съхранението на пари и ценности, които са в мен по време на болничния ми престой.
10. Уведомен /а съм, че персоналът на отделението не носи отговорност за изчезналите пари и ценности.
11. Уведомен съм, че тютюнопушеното на територията на лечебното заведение е забранено и при проверка от компетентните органи нося сам/а отговорност.

12. Заявявам, че настоящия формуляр ми бе подробно разяснен, че съм го прочел /са ми го прочели/ и че съм наясно със съдържанието му.

Дата

Пациент:.....
/ трите имена/

Подпис на пациента:.....

Ако пациентът е неспособен и не може да се подпише или да потвърди съгласието, или е непълнолетен, формуляра се подписва от неговия законен представител!

1. Пациентът не може да подпише или даде съгласието си, защото:

2. Връзката ми с пациента е.....
.....
/ трите имена/

ЕГН.....лк№..... изд. На

от.....

и подписах настоящия формуляр от името на пациента и вместо него.

Подпис:.....