



ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНост НА ПАЦИЕНТА

Долуподписаният/ата.....

ЕГН адрес : гр.....

кв./ул. № тел.....

ПОДПИСВАМ:

I. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНост ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ

С подписа си декларирам, че бях информиран от служител на болницата за целите и обработката на личните ми данни от МБАЛ „Д-р Ат. Дафовски“ АД гр. Кърджали. Известно ми е, че при необходимост личните ми данни ще бъдат предоставени въз основа на правно, договорно и/или друго задължение на трети лица. Личните ми данни ще се използват в съответствие със закона за защита на личните данни и Общия регламент относно защитата на данните за медицинската диагноза, осигуряването на здравни грижи или лечение или за целите на управлението на услугите и системите за здравеопазване.

Дата:..... Пациент/упълномощено лице:.....

II. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ДИАГНОСТИЧНИ И ЛЕЧЕБНИ ПРОЦЕДУРИ

С подписа си декларирам, че бях надлежно информиран от лекуващия (дежурния) си лекар за всички диагностични и лечебни процедури, които ще ми бъдат приложени за уточняване на диагнозата и провеждане на лечението ми и че съм съгласен с осъществяването им.

Заедно с това бях информиран и за възможните негативни странични ефекти от манипулациите и лечението. За всички възникнали въпроси получих обяснение и отговор от лекуващия лекар.

С подписа си декларирам, че при умишлено увреждане на движимото и недвижимо имущество на МБАЛ „Д-р Ат. Дафовски“ АД гр. Кърджали, резултат от виновно мое поведение, ще възстановя така причинените щети по цени на лечебното заведение.

Дата:..... Пациент/упълномощено лице:

В случай на безсъзнателно състояние или помрачено съзнание, както и при деца, информираното съгласие се подписва от най-близките роднини.

Ако има несъгласие за някои диагностични и лечебни процедури, те се вписват допълнително:

Blank box for additional information or disagreements.

Не давам съгласието си за извършване на горепосочените диагностични и лечебни манипулации.

Дата:..... Пациент/упълномощено лице:





III. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНост НА ПАЦИЕНТА

Запознат съм с:

1. Правилника за вътрешния ред в отделението, в което съм хоспитализиран.
2. Правилника за вътрешния ред на МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД - гр. Кърджали.
3. Хартата за правата на пациента.
4. Административните услуги, които мога да ползвам, вида и реда за предоставянето им.
 - Беше ми осигурен поверителен разговор с лекуващия лекар, като по време на разговора ми бе отговорено на всички, задавани от мен въпроси.
 - Информирам съм, че имам право на контакт с духовно лице от моята религия, при нужда.
 - Давам/не давам съгласие при преглед или визитация да участва студент или специалист.
 - Информирам съм, че мога да прекратя прилаганите ми медицински услуги и съпътстващи грижи, по собствено желание, след като бъда писмено информиран за рисковете, които поемам.
 - За здравословното ми състояние да бъдат информирани следните лица:

Дата:..... Пациент/упълномощено лице:

IV. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ОПЕРАЦИЯ

1. Хирургът потвърди, че имам следното болестно състояние, налагащо извършването на операция
2. Декларирам, че съм съгласен/а да бъда опериран/а с регионална или обща анестезия, като ми бяха обяснени всички рискове на анестезията: от увреждане на зъбите и болки от манипулациите до животозастрашаващи състояния.
3. По време на операцията може да се наложи преливане на кръв или кръвни процедури, за което давам съгласието си. Обяснено ми бе, че чрез същите могат да се предават болести или предизвикват алергични реакции.
4. Обяснени ми бяха специфичните рискове за моето индивидуално състояние - придружаващи заболявания, усложнения, които са
5. Прочетох информацията за пациента и ми бе предоставена възможност да задавам въпроси.
6. Съгласен съм да ми бъде проведено лечение по предоставената ми програма за хирургично отделение.

Дата:..... Пациент/упълномощено лице:

