

ЦЕНТЪР ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - ПАЗАРДЖИК  
гр.Пазарджик , пощ.код 4400 тел./факс : 034 / 44-45-64 ,74  
ул “ Болнична “ № 17 e-mail : [csmppz@dir.bg](mailto:csmppz@dir.bg)

**ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ,  
ВКЛЮЧИТЕЛНО ХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ, ИНВАЗИВНИ И  
ДРУГИ ДИАГНОСТИЧНИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ ДЕЙНОСТИ С  
ПОВИШЕН РИСК ЗА ЖИВОТА И ЗДРАВЕТО**

Уважаеми господине/госпожо/,

Вие имате право да бъдете информиран за здравословното Ви състояние, медицинските дейности, хирургичните интервенции, диагностични и терапевтични методи, които ще Ви се прилагат, за да можете да вземете решение дали да Ви се приложат, след като сте запознат с възможните рискове/включително усложнения; липса на пълни гаранции за резултата от лечението; рискове от неприлагането на лечение и др./

Медицинската информация трябва да Ви се предостави своевременно, в подходящ обем и форма, което ще Ви даде възможност за свобода на избора на лечение и няма за цел да Ви обезпокои.

**МОЛЯ, ПРОЧЕТЕТЕ ВНИМАТЕЛНО И ПРИ СЪГЛАСИЕ/ОТКАЗ/  
ПОДПИШЕТЕ:**

1. Уведомен съм за:

Здравословното ми състояние; заболяването, по повод на което съм потърсил здравна помощ; необходимостта от лечение, целите и естеството на лечението; разумните алтернативи; очакваните резултати и прогнозата; потенциалните рискове, свързани с предлаганите диагностично-лечебни процедури, включително страничните ефекти и нежеланите лекарствени реакции, болка и други неудобства; вероятността за благоприятно повлияване, риска за живота и здравето при прилагане на други методи на лечение или отказ от лечение;

името, длъжността и специалността на лицата, които участват в диагностично-лечебния процес.

2. Информирам съм и съм съгласен/ не съм съгласен/ за медицинските дейности, които следва да се осъществят, включително:

хирургични интервенции, обща анестезия, инвазивни и други диагностични и терапевтични методи, които водят до повишен риск за живота и здравето или до временна промяна в съзнанието ми.

### 3. Информирам съм, че:

- по всяко време мога да откажа предложената медицинска помощ или продължаването на започнатата медицинска дейност;

- мога по всяко време да оттегля отказа от медицинска дейност, като в този случай медицинските специалисти не носят отговорност за евентуалното забавяне на лечебно-диагностичния процес;

- имам право да откажа да бъда информиран за: заболяването, по повод на което съм потърсил здравна помощ, и неговата прогноза; за планираните профилактични, диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности, както и рисковете, свързани с тях, **освен в случаите, когато здравословното ми състояние застрашава здравето на трети лица;**

- имам право да упълномоща писмено лице, което да бъде информирано вместо мен;

4. Предоставена ми беше възможност да задавам въпроси относно състоянието ми и предстоящите медицински дейности;

5. Запознат съм на достъпен език с правата и задълженията ми;

6. Получих екземпляр от фиша за спешна медицинска помощ.

Заявявам, че настоящия формуляр ми беше разяснен подробно, че съм го прочел/са ми го прочели/, че съм наясно със съдържанието му и съм съгласен, за което се подписвам във фиша за спешна медицинска помощ, в поле „пациент”, под адрес под текста: „Информирано съгласие”.

Заявявам, че настоящия формуляр ми беше разяснен подробно, че съм го прочел/са ми го прочели/, че съм наясно със съдържанието му и не съм съгласен, за което се подписвам във фиша за спешна медицинска помощ, в поле „Забележки” , под съдържанието на отказа, вписано от медицинският специалист.