



“КОМПЛЕКСЕН ОНКОЛОГИЧЕН ЦЕНТЪР – ШУМЕН” ЕООД

адрес: ул. “Васил Априлов” 63, Тел./факс: 054/800 832, e-mail: office@oncocenter.org

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ /ЗА ДЕЙНОСТ/

на болни подлежащи на/клинико-лабораторни, рентгенови, ехографски, ендоскопични и други/ изследвания; хирургично лечение, медицински процедури, инфузии на лекарствени средства и биологични продукти

С подписа си декларирам,

че бях подробно информиран за всички диагностични, лечебни и рехабилитационни процедури, които ще ми бъдат приложени за уточняване на диагнозата и лечението ми и, че при прегледа ми е възможно да участват студенти или специалисти и

СЪМ СЪГЛАСЕН С ПРИЛАГАНЕТО ИМ!

Разбирам, че моят лекуващ лекар може да открие и други по-различни нарушения на здравето ми, които ще изискват допълнителни или различни от планираните процедури.

Упълномощавам лекуващият си лекар и неговият екип да извършват и провеждат всички процедури, които са необходими и препоръчителни за диагностициране и лечение на заболяванията ми.

Информиран/а/ съм, че има рискове и опасности за състоянието ми от неприлагане на лечение, както и, че са възможни рискове и усложнения при извършване на диагностичните, лечебните, хирургичните и рехабилитационните процедури, планирани от мен.

Разбирам, че съществува възможност да се получат усложнения по време на лечението ми и не могат да ми бъдат дадени пълни гаранции за резултата от приложеното лечение и рехабилитация.

На всички мои въпроси за предложените ми процедури за диагностика, лечение и рехабилитация получих отговор и обяснения от лекуващият ми лекар.

В случай на изпадане в безсъзнателно състояние или помрачено състояние давам предварителното си съгласие за извършване на всички диагностични и лечебни процедури, необходими за запазване на живота ми, включително съхранението на документите ми за самоличност.

Съгласен/а съм взетите при диагностични и лечебни процедури и оперативни интервенции материали от тъкани и органи да се използват за научни цели.

Запознат/а съм с правилника за вътрешния ред в отделението, както и с правата и задълженията ми като пациент в “КОЦ - Шумен” ЕООД.

Като пациент Вие имате право да бъдете информиран за заболяването си и неговата фаза /чл.87 и чл. 88 от Закона за здравето/, за препоръчителните диагностични, лечебни, хирургични, рехабилитационни процедури и медикаментозно лечение, които ще се прилагат за диагностика и лечение на Вашето заболяване.

Запознавайки се с възможните рискове и усложнения /колкото и малки да са те/ Вие ще можете да вземете решение дали да се приложат или да откажете някои процедури.

Уведомен съм, че всички мои заболявания, промени в здравословното състояние докато трае лечението ми в онкологичния център, ще бъдат лекувани и консултирани само в него.

1. Известно ми е, че по време на настоящата хоспитализация нямам право на хоспитализация в друго лечебно заведение и няма да търся друга медицинска помощ извън рамките на “КОЦ - Шумен” ЕООД. В случай на необходимост от хоспитализация в друго лечебно заведение ще уведомя незабавно преди приема.

2. Декларирам, че в момента не съм хоспитализиран в друго лечебно заведение.

3. Декларирам, че настоящият формуляр ми бе разяснен, прочел съм го и съм наясно със съдържанието му.

Известно ми е, че за нарушение по декларация в т.1 и т.2 се задължавам да заплатя пълната стойност на Клиничната пътека в «КОЦ-Шумен» ЕООД.

Подпис на пациента:.....

Пациент:.....

/трите имена/

Дата: Г.

Лекуващ лекар:.....

/подпис/

В случай, че пациентът е непълнолетен или с промени в съзнанието:

Родител /настойник, роднина/:.....

/подпис/