**НЕЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ОБРАЗЕЦ**

**ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПРАВАТА И ЗАДЪЛЖЕНИЯТА НА**

**ПАЦИЕНТА, ПОСТЪПИЛ ЗА БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ В …………………………………………………………………..**

**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**за**

**запознаване с правата и задълженията на пациента**

Аз, долуподписаният пациент....................................................................................................

Адрес: гр........................................ж.к......................................№.............................................................

Тел.№.............................................GSM.......................................................................................

бях запознат с моите права и задължения като пациент отлекуващия ми лекар………………………………………………………………………………………………

**УВАЖАЕМИ ГОСПОЖО/ ГОСПОДИНЕ,**

Съгласно Конституцията на Република България , Закона за здравето и Правилника за вътрешния ред на ……………………………………, имате следните права и задължения като неин пациент:

**Общи права на пациента:**

1. зачитане на гражданските, политическите, икономическите, социалните, културните и религиозните му права;

2. грижи от общността, в която живеете;

3. достъпна и качествена здравна помощ;

4. повече от едно медицинско становище относно диагнозата, лечението и прогнозата на заболяването;

5. защита на данните, отнасящи се до Вашето здравословно състояние;

6. възнаграждение за работата, която извършва, еднакво с това, което получавате, ако не е болен;

7. запознаване на достъпен език с Вашите права и задължения;

8. ясна и достъпна информация за здравословното му състояние и методите за евентуалното му лечение;

9. здравна профилактика и рехабилитация;

10.сигурност и безопасност на диагностичните и лечебните процедури, провеждани по време на лечението Ви;

11. достъп до модерни методи на лечение;

12. предотвратяване на болката и страданието по време на лечението Ви, доколкото е възможно;

13. достъп до медицинската документация, свързана със здравословното Ви състояние.

**Права на пациента при приемане за болнично лечение:**

1. да бъдете посещаван от личния си лекар и от специалиста, издал направлението за хоспитализация;

2. осигуряване от лечебното заведение за болнична помощ на необходимите за лечението Ви медицински изделия, когато те не се заплащат от Националната здравноосигурителна каса или от държавния бюджет;

3. да приемате или да отказвате посетители;

4. да ползвате услугите на психотерапевт, юрист и свещенослужител;

5. на образование и достъп до занимания, отговарящи на неговите социални, религиозни и културни потребности;

6. да получите информация за цената на всяка една медицинска услуга, манипулация, лечение и лекарствените продукти в извънболничната и болничната помощ.

Правата на пациента се упражняват при спазване на правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение.

**Задължения на пациента**

Пациентът е длъжен:

1. да се грижи за собственото си здраве;

2. да не уврежда здравето на другите;

3. да съдейства на изпълнителите на медицинска помощ при осъществяване на дейностите, свързани с подобряване и възстановяване на здравето му;

4. да спазва установения ред в лечебните и здравните заведения.

Дата: Подпис на пациента

/упълномощено лице/

Подпис на лекуващия лекар:

Медицинските процедури/процедура, които се налага да бъдат извършени, може да се осъществи само ако Вие предварително дадете съгласието си да се подложите на тях. Имате правото да откажете или да се съгласите за дадена процедура или целия лечебен процес.

Като пациент имате правото да бъдете изцяло информиран от приемащия Ви лекар за здравословното Ви състояние и диагностично- лечебни дейности, за да можете да вземете решение дали да Ви се приложат, след като знаете рисковете и опасностите, които крият и възможните последици от не прилагането им.

**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**за**

информирано съгласие на пациента относно осъществяването на диагностично-лечебна дейност и свързаните с това рискове

Аз, долуподписаният пациент....................................................................................................

Адрес: гр........................................ж.к......................................№.............................................................

Тел. №.............................................GSM.......................................................................................

бях запознат с моите права и задължения като пациент отлекуващия ми лекар………………………………………………………………………………………………

**Д Е К Л А Р И Р А М**

Запознат съм от д-р................................................................................... със следното:

1. Диагноза...............................................................................................................................

2. Лечебен план.......................................................................................................................

..................................................................................................................................................

…..............................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Разумни алтернативи на описания по-горе лечебен план (в случай, че пациентът желае да се запознае с тях):

..................................................................................................................................................

…..............................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

4. Прогноза:

а/очаквани подобрения при осъществяването на лечебния план:

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

б/предвидими и срещани рискове от осъществяването на алтернативите на лечебния план

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

в/последици от неосъществяването на лечебния план

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

г/персонални рискове с оглед общото здравословно състояние

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

1. Съзнавам, че приложените ми диагностично-лечебни дейности в това число и хирургична намеса са изцяло насочени за подобряване на здравословното ми състояние. 2. Информиран/а съм за различните методи на лечение, вкл. хирургични, препоръчани при моето заболяване, резултатите и възможните усложнения при тях.

3. Дадена ми е възможност за избор за прилагане върху мене на определени методи на лечение

4. Съгласен/на съм да ми бъдат извършени всички изследвания и лечебни процедури, необходими за диагностиката и лечението на заболяването ми, като съм запознат с рисковете от тях.

5. Съгласен/а съм да се подложа на предлаганите оперативни процедури, както и на онези оперативни процедури, който не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни по време на операцията.

6. 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.

7. Обяснени ми бяха възможните усложнения по време и след операцията, както и рискът, който могат да създадат за по – тежко протичане на следоперативния период.

8. Съзнавам, че анестезията крие рискове и опасности. Дадена ми е възможност за избор на обезболяване по време и след операцията. 9. Упълномощавам лекуващия екип да извършва всички диагностични изследвания и хирургични процедури, необходими и препоръчителни от медицинска гледна точка. 10. Съгласен съм /не съм съгласен/а 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, СМV и др. / въпреки прецизното изследване за трансмисивни инфекции/.

11. Наясно съм, че не могат да се дадат пълни гаранции за резултатите от лечението.

12. 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.

13. Предоставено ми бе възможвност да задавам въпроси относно състоянието ми, алтернативните форми на анестезия и лечение, а също така и относно рисковете, ако лечението не се проведе.

14. 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.

15. Отказам да ми се прилагат (ако има такива) следните медицински процедури:

Ако не се нуждаете от допълнителни разяснения, моля подпишете. Запознат/а съм и съм наясно със съдържанието на настоящия протокол.

Дата: Подпис или знак за пациента:

Подпис на лекуващия лекар:

Ако имате допълнителни въпроси, не се колебайте да се обърнете към лекуващия Ви лекар и мед. сестра.

Забележка: Ако пациентът е непълнолетен или неспособен да потвърди съгласието си, декларацията се подписва респективно от негов родител, законен представител или попечител. Посочва се връзката с пациент…………………………………………………….