150 ЦЕНТЪР ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - ХАСКОВО

гр.Хасково 6300, бул."Съединение" №49; тел.: 038/ 664136,

o@mh.government.bg

РЕГЛАМЕНТ (ЕС) 2016 / 679

Утвърдил
Директор .....
Дата: ..18.12.2024..... г.

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

1. Информиран/а/ съм по всички интересуващи ме въпроси, свързани с моето заболяване, нуждата от лечение, същността на прилаганото ми лечение, последствията и рисковете от него и от други диагностични и лечебни процедури, които ще ми бъдат предлагани.
2. Съгласен /а/ съм да се подложа на необходимите за лечението ми интервенции. Обяснена ми е необходимостта от тях и от евентуалното прилагане на анестезия. Уведомен/а/ съм какви допълнителни рискове може да създаде.
3. Съгласен/а/ съм да се подложа на всички необходими медицински изследвания в хода на лечението.
4. Съгласен/а/ съм да приема всички необходими и предписани лечебни средства и манипулации.
5. Съгласен/а/ съм за лечението ми да бъдат приложени кръв и кръвни продукти ако се сметне за необходимо. Изяснено ми е че преливането на дарителска кръв и биоиродукти в редки случаи може да доведе до усложнения.
6. Съгласен /а/ съм да се подложа на онези лечебни процедури, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни по време на лечебния процес.
7. Наясно съм, че не могат да ми бъдат дадени пълни гаранции за резултата от проведеното лечение.
8. Предоставена ми бе възможност да задавам въпроси, относно процедурите, които ще се прилагат и рисковете и опасността свързана с тях.
9. Съгласен/а/ съм при необходимост от продължаване на лечението ми в друго лечебно заведение да бъда транспортиран. Разяснено ми е, че при транспортирането рисковете от влошаване на заболяването ми и усложнения са по- високи.
10. Считам, че съм получил достатъчно информация, за да дам съгласието си за изследванията и лечебните процедури, които ще ми бъдат приложени.
11. Аз заявявам, че настоящият формуляр ми бе разяснен подробно, че съм го прочел /са ми го прочели/ и, че съм на ясно със съдържанието му.
12. Лечението ми е напълно безплатно.

ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ОБРАБОТВАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ

1.Информиран/а/ съм, че ЦСМП Хасково е администратор на лични данни и ще обработва, и съхранява личните ми данни след мое съгласие, предоставено свободно, без принуда, натиск или заплаха от неблагоприятни последици.

2.Информиран /а/ съм че лични данни е всяка информация, която може да ме идентифицира.

3. Информиран /а/ съм, че администратора ще обработва следните лични данни: три имена и точен адрес, ще обработва лични данни свързани с здравословното ми състояние установено при медицински преглед и приложените манипулации относно заболяването, по повод на което съм потърсил медицинска помощ.

4.Запознат съм с правата си относно обработката на личните ми данни:

Право на информация - право по всяко време да изискам от администратора и/или обработващия, информация за обработваните и съхраняването на личните ми данни, като и техния произход, получател или категории получатели, на което те се предават и целта им на съхранение.

Право на оттегляне – правото да оттегля по всяко време с действие за напред, съгласие за обработка и съхранение на лични данни, без да е нужно да посочвам причина.

Право на корекция – в случай че обработваните или съхраняваните лични данни на са правилни, мога по всяко време да поискам същите да бъдат коригирани.

Право на възражение – имам право да възразя срещу обработването на личните ми данни.

Право на изтриване – имам право на изтриване на лични данни съхранявани при ЦСМП Хасково, когато обработването им вече не е необходимо, оттегля съгласието си, подадено и възражение или данните са обработвани незаконосъобразно.

Право на преносимост на данни – да изискам от администратора личните ми данни да ми бъдат прехвърлени или придадени или прехвърлени или предадени на друг администратор в структуриран, технически формат.

Дата: .....час .....
Пациент .....

/трите имена/

ПОДПИС:

Лекар, дал разяснението.....
/мед. специалист/ /трите имена/

ПОДПИС:

Прочетено на пациента от.....
/ако той не е в състояние да го прочете/

ПОДПИС:

Ако пациентът е недееспособен и не може да се подпише или да потвърди съгласието си или е непълнолетен, формулярът се подписва от негов законен представител или попечител.

Пациентът не може да се подпише или да даде съгласието си защото.....
Връзката ми с пациента е .....
И подписах настоящия формуляр от името на пациента и вместо него.

ИМЕ ПОДПИС: