Приложение към т. I от Заповед №

10.8.2022 г.

X РД-01-387/ 10.08.2022

документ,
регистриран от:
Signed by: Aneta Lyubenova Todorova

ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА
ИЗРАЗЯВАНЕ НА НЕСЪГЛАСИЕ ЗА ВЗЕМАНЕ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ СЛЕД СМЪРТТА

попълва се с печатни букви от лицето, деклариращо несъгласие

Днес ☐☐☐☐☐☐☐☐ долуподписаният:
дата (дд/мм/гггг)

Трите имена (според личната карта, за чужденци - имената на латиница по личен документ)

☐☐

Декларирам, че **не съм съгласен** след смъртта ми да бъдат вземани:

____

(да се посочи: всякакви органи, тъкани и клетки / определени органи, тъкани и клетки)

Не съм съгласен след смъртта ми да бъдат вземани органи, тъкани и клетки, за следните цели:

____

(да се посочи за какви цели: лечебни; диагностични; научномедицински; учебни и преподавателски)

Подпис: ____________________

Важно: Всеки дееспособен български гражданин, както и чужденец, пребиваващ продължително, дългосрочно или постоянно в Република България, има право приживе да изрази изрично писмено несъгласие за вземане на органи, тъкани и клетки след смъртта си.

Изразеното несъгласие може да се отнася до определени или всички органи, тъкани и клетки, както и до вземането им за други лечебни, диагностични, научномедицински, учебни и преподавателски цели.

1. Здравноосигурените лица, които са избрали общопрактикуващ лекар попълват и подписват декларацията пред него.

Общопрактикуващият лекар е длъжен да впише незабавно изразеното несъгласие в здравноосигурителната книжка на лицето и в срок до 7 дни да информира писмено директора на съответната регионална здравна инспекция.

2. Лица, които са с прекъснати здравноосигурителни права, не са здравноосигурени или не са избрали общопрактикуващ лекар, попълват декларацията пред длъжностно лице в общината по постоянен адрес.

Декларацията се попълва в два екземпляра, единият остава в декларатора, а другият се изпраща от общината до Изпълнителната агенция „Медицински надзор“ в срок до 7 дни.