

**НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 49 ОТ 2010
Г. ЗА ОСНОВНИТЕ ИЗИСКВАНИЯ, НА КОИТО ТРЯБВА ДА ОТГОВАРЯТ
УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯТ РЕД НА ЛЕЧЕБНИТЕ
ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ И ДОМОВЕТЕ ЗА
МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ГРИЖИ (ДВ, БР. 83 ОТ 2010 Г.)**

В сила от 13.08.2011 г.

Издадена от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.53 от 12 Юли 2011г.

§ 1. В чл. 20, ал. 3 се създава второ изречение със следното съдържание: "Отказът от продължаване на започналия престой в лечебното заведение се изготвя по образца по приложение № 3."

§ 2. Създава се приложение № 3 към чл. 20, ал. 3 със следното съдържание:
"Приложение № 3 към чл. 20, ал. 3

Информирано решение за преждевременно прекратяване на започналия
престой в болничното заведение и на болничното лечение/диагностициране

Долуподписаният, в качеството си на пациент/родител/настойник или попечител на пациента, декларирам, че напускам болницата въпреки становището на лекуващия/дежурния лекар/медицинския екип за необходимостта да продължа лечението/диагностицирането си в болнични условия.

Наясно съм, че прекратявайки започналия си престой в болницата, аз прекратявам и осъществяваното ми болнично лечение/диагностициране и наблюдение.

Наясно съм, че прекратяването на болничното лечение/диагностициране и наблюдение може да доведе до доста и различни усложнения и неблагоприятни последици за мен и моето здравословно състояние, да намали значително или изключи напълно вероятността от излекуване или подобряване на състоянието ми, да създаде или увеличи риска за здравето и живота ми, включително и с опасността от смърт.

Декларирам, че напълно съзнателно оценявам посоченото по-горе и всички обяснения, които изисках и получих от лекуващия/дежурния лекар/медицинския екип и въпреки тяхното мнение и разясненията ми рисковете за живота и здравето ми решавам доброволно да прекратя престоя си в лечебното заведение.

Поемам отговорността за своето здравословно състояние, както и за евентуалните усложнения и неблагоприятен изход от недовършеното лечение/диагностициране.

Наясно съм, че следва да заплатя всички извършени медицински действия/процедури/изследвания и други в случай, че с напускането си създавам пречка за заплащане от страна на Националната здравноосигурителна каса, Министерството на здравеопазването и други финансиращи институции на осъществената ми до момента от болницата медицинска помощ.

Подписи:
Лекуващ/дежурен лекар:
Декларатор:

Дата:

"

Заключителни разпоредби

§ 3. Наредбата влиза в сила в едномесечен срок от обнародването ѝ в "Държавен вестник".