

Додаток 2
до Умов та порядку

(найменування органу (закладу), якому подають заяву/
найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище особи, якій
подають заяву) (у разі подання заяви в електронній формі поле не заповнюється)

ЗАЯВА
щодо згоди на вилучення тканин для трансплантації
у пацієнта під час оперативного втручання, яке проводиться
за медичними показаннями

Я, _____
(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності))

_____, що
народився (народилася) _____ р.;
документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її спеціальний статус,
або паспортний документ іноземця: серія _____ (за наявності)
№ _____, виданий _____
_____ р.;

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті): _____;

номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) _____;

зареєстроване місце проживання: _____;

місце перебування (із зазначенням адреси): _____;

стать: чоловіча; жіноча;

контактний номер телефону _____;

адреса електронної пошти (за наявності) _____, надаю згоду на вилучення з мого тіла тканин у вигляді _____ для трансплантації, усвідомлюючи, що їх вилучення відбувається під час оперативного втручання, яке проводиться мені за медичними показаннями.

Я поінформований (поінформована), що вилучення тканин пацієнта проводиться відповідно до Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині».

Цією заявою засвідчую, що я:

є повнолітньою дієздатною особою;

не страждаю на тяжкі психічні розлади;

не маю захворювань, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров'ю / маю захворювання, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров'ю (необхідне підкреслити, у разі наявності захворювань зазначити їх)
_____;

Під час подання цієї заяви на мене не чинився тиск.

Якщо тканини виявляться непридатними для трансплантації, вони можуть бути використані для здійснення науково-практичної діяльності в сфері охорони здоров'я*:

так ні

Цю заяву підписую, усвідомлюючи свої дії і діючи добровільно без примусу.

_____ 20__ р.

(підпис заявника)

Заяву отримав

(найменування посади)

(підпис)

(ініціали (ініціал власного імені)
та прізвище)

_____ 20__ р.

* Для обрання необхідного варіанта (варіантів) слід поставити позначку "✓" у відповідному полі.
