 **РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

Министерство на здравеопазването

Министър на здравеопазването

**З А П О В Е Д**



На основание чл. 20, ал. 3 и 5 от Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки, чл. 6 от Устройствения правилник на Министерството на здравеопазването и във връзка с предложение с вх. 12-07-263/12.07.2022 г. от изпълнителния директор на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“

**Н А Р Е Ж Д А М:**

**I.** Утвърждавам образец на декларация за изразяване на писмено несъгласие за вземане на органи, тъкани и клетки след смъртта, съгласно приложението.

**II.** Директорите на регионалните здравни инспекции да предоставят копие от настоящата заповед на всички общопрактикуващи лекари и общински администрации, разположени на територията на съответната област.

**III.** Настоящата заповед да се съобщи на директорите на регионалните здравни инспекции и на изпълнителния директор на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ за сведение и изпълнение.

**IV.** Контрола по изпълнението на заповедта възлагам на изпълнителния директор на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“.

**V.** Настоящата заповед отменя Заповед № РД-09-88/02.04.2007 г.

Заповедта да се публикува на интернет-страницата на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“.



**Д-Р АСЕН МЕДЖИДИЕВ**

*Министър на здравеопазването*

**Приложение към т. I от** **Заповед №**



**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. |