

за всички

### ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

за лечение с неразрешен за употреба лекарствен продукт  
по чл. 5, ал. 2 или по чл. 6, ал. 4 от Наредба № 10/2011 г. за условията и реда за лечение с  
неразрешени за употреба в Република България лекарствени продукти, както и за условията и  
реда за включване, промени, изключване и доставка на лекарствени продукти от списъка по чл.  
266а, ал. 2 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (обн., ДВ, бр. 95 от  
02.12.2011 г.)

Долуподписаният.....,  
ЕГН....., лична карта №....., издадена на..... от.....,  
адрес.....

.....,  
в качеството си на пациент/ родител / настойник или попечител на пациента

.....  
(ненужното се зачертава)

заявявам, че:

I. Не съм недееспособен.

II. При приемането ми в СБАЛССЗ „Св. Екатерина“ ЕАД заявявам, че:

1. съм запознат с диагнозата си, с характера на заболяването си и с лечението, което ще ми бъде  
провеждано в болницата.

2. съм запознат с възможността, ако лечението ми бъде без резултат или е невъзможно да бъде  
проведено с лекарствени продукти, разрешени за употреба в България, да ми бъде приложен лекарствен  
продукт, разрешен за употреба в други държави, съгласно Наредба № 10 от 17.11.2011 г. за условията и  
реда за лечение с неразрешени за употреба в Република България лекарствени продукти, както и за  
условията и реда за включване промени, изключване и доставка на лекарствени продукти от списъка по  
чл. 266а, ал. 2 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (обн., ДВ, бр. 95 от 02.12.2011  
г.).

III. Уведомен съм, че към настоящия момент в СБАЛССЗ „Св. Екатерина“ ЕАД при необходимост  
се прилагат лекарствени продукти, неразрешени за употреба в България, но разрешени в други държави  
посочени в „Забележка“ към настоящето информирано съгласие.

IV. Съгласен съм да бъда лекуван с неразрешения за употреба в Република България лекарствен  
продукт/и.....

.....  
.....  
.....

(изписва се търговското наименование на лекарствения продукт/и)

дата:.....

гр. София

1.....  
(подпис на лицето)

2.....  
.....  
(име и подпис на лекаря)