

(Asmens sutikimo dėl duomenų teikimo žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorų bei recipientų registrui ir sutikimo / nesutikimo tapti raumeninių ir kaulinių audinių recipientu forma)

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga _____
(pavadinimas, adresas, kodas)

ASMENS SUTIKIMAS DĖL DUOMENŲ TEIKIMO ŽMOGAUS AUDINIŲ, LĄSTELIŲ IR ORGANŲ DONORŲ BEI RECIPIENTŲ REGISTRUI IR SUTIKIMAS / NESUTIKIMAS TAPTI RAUMENINIŲ IR KAULINIŲ AUDINIŲ RECIPIENTU

Aš (pacientas), _____
(vardas, pavardė, asmens kodas, telefono Nr.)

arba paciento įstatyminis atstovas (jei pacientas nepilnametis arba pripažintas neveiksnium), _____
(vardas, pavardė, asmens kodas, giminystės ryšys, telefono Nr.)

- ☐ **sutinku,**
☐ **nesutinku,**
(tinkamą variantą pažymėti ☒)
- ☐ kad man (mano globotiniui) būtų atlikta raumeninių ir kaulinių audinių transplantacijos operacija;
- ☐ kad duomenys būtų nuolat teikiami, saugomi ir naudojami pagal Žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorų bei recipientų registro (toliau – Registras) paskirtį.
- ☐ **Patvirtinu**, kad gydytojas atsakė į mano klausimus, išsamiai ir suprantamai paaiškino apie:
- neatlygintą donorystę;
 - riziką, kylančią gaunant svetimą audinį;
 - mano (mano globotinio) ligą, jos eigą ir transplantacijos operacijos tikslumą bei galimas pasekmes, atsisakius operacijos;
 - mano (mano globotinio), kaip paciento, teises ir pareigas bei tokių pareigų nesilaikymo teisinės pasekmes;
 - duomenų apie mane (mano globotinį) teikimą Registrui.
- Pareiškiu**, kad mano veiksnumas nėra apribotas ir šiame sutikime nurodyti duomenys yra teisingi. _____

(vardas, pavardė, parašas, data)

Sutikimas pasirašytas mano akivaizdoje _____
(gydytojo spaudas, parašas, data)

Įstaigos vadovas _____
(vardas, pavardė, parašas, data)

A.V.