|  |  |
| --- | --- |
|  | ағзалардың (ағза бөлігінің) және (немесе) тіндердің (тін бөлігінің) қайтыс болғаннан кейінгі донорлығына адамның тірі кезінде ерік білдіруін беру және бұл жөнінде жұбайын (зайыбын) немесе жақын туыстарының бірін хабардар ету Қағидаларға 2-қосымша |

**Трансплантаттау мақсатында ағзалардың (ағза бөлігінің) және (немесе) тіндердің (тін бөлігінің) қайтыс болғаннан кейінгі донорлығына келісімді тіркеуге арналған өтініш**

           Мен,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

      Туған күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      ЖСН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(жеке басын куәландыратын құжаттың №, кіммен және қашан берілген)

Төмендегі мүмкін нұсқалардың біреуін таңдаңыз:

1. Менің қайтыс болғандығым туралы факті белгіленген жағдайда кез келген ішкі ағзаларым және тіндерім трансплантаттау үшін алынуы мүмкін екенін растаймын (керегін белгілеу).

      2. Төмендегілерден басқа, барлық ағзаларымды алуға болады (керегін белгілеу):

 жүрек \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 бауыр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 бүйрек \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ұйқы безі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 өкпе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 көз алмалары \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 тіндер (тері, бұлшық еттер, шеміршек, сүйек тіні, қан тамыры)

      Менің дербес деректерімді енгізуге, жинауға, өңдеуге және сақтауға келісім беремін.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) қолы ,

      20\_\_\_\_жылғы "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Трансплантаттау мақсатында ағзалардың (ағза бөлігінің) және (немесе) тіндердің (тін бөлігінің) қайтыс болғаннан кейінгі донорлығына тірі кезіндегі келісімді тіркеу туралы анықтама**

Құрметті\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сіздің трансплантаттау мақсатында ағзалардың (ағза бөлігінің) және (немесе) тіндерді (тін бөлігінің) қайтыс болғаннан кейінгі донорлығынан тірі кезіндегі келісім туралы өтінішіңіз тіркелді.

 Тіркелген күні: 20\_\_\_\_\_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      Медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйым басшысының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ қолы /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

М.О.