Додаток 1   
до Порядку надання письмової згоди живого донора на вилучення у нього анатомічних матеріалів та письмової відмови від раніше наданої такої згоди, письмової згоди або незгоди чи відкликання раніше наданої згоди на вилучення анатомічних матеріалів з тіла особи для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення її стану як незворотна смерть, а також подання письмової заяви про призначення, зміну   
чи відкликання повноважного представника

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

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

ЗАЯВА   
щодо згоди на вилучення анатомічних матеріалів з тіла особи для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть)

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 анатомічних матеріалів з мого тіла для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення мого стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть) (далі - згода на посмертне донорство).

Я поінформований (поінформована), що взяття анатомічних матеріалів померлої особи 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

раніше не надавав/надавала орган або частину органа для трансплантації/раніше надавав/надавала орган для трансплантації (необхідне підкреслити, у разі надання органа або частини органа для трансплантації зазначити, який орган або його частина надавалися) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Під час подання цієї заяви на мене не чинився тиск.

Я усвідомлюю, що донорство анатомічних матеріалів здійснюється за принципом безоплатності (крім трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин), у зв’язку з чим мої нащадки не отримають грошової компенсації за вилучені з мого тіла анатомічні матеріали для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів.

Я поінформований (поінформована) про умови та порядок вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів у разі посмертного донорства, встановлені статтею 17 Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”.

Я ознайомлений (ознайомлена) з тим, що маю право у будь-який час подати письмову заяву про відкликання цієї згоди, подати нову заяву щодо згоди на посмертне донорство, призначити свого повноважного представника, який після моєї смерті надасть згоду на вилучення з мого тіла анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів.

Мені роз’яснено, що кожна наступна письмова заява щодо згоди на посмертне донорство або незгоди на вилучення анатомічних матеріалів з тіла особи для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення її стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть) (далі - незгода на посмертне донорство) або письмова заява про відкликання раніше наданої письмової згоди або незгоди на посмертне донорство скасовує раніше надану таку згоду або незгоду.

Додатково зазначаю, що\*:

|  |
| --- |
| хочу пожертвувати всі зазначені органи та тканини; |
| хочу пожертвувати такі органи та/або тканини (у кожному рядку ставиться відмітка “так” або “ні”): |

|  |  |
| --- | --- |
| серце | □ так □ ні |
| легені | □ так □ ні |
| комплекс “серце - легені” | □ так □ ні |
| печінка | □ так □ ні |
| нирки | □ так □ ні |
| підшлункова залоза | □ так □ ні |
| підшлункова залоза з ниркою | □ так □ ні |
| селезінка | □ так □ ні |
| паращитовидні залози | □ так □ ні |
| кишечник | □ так □ ні |
| м’які тканини | □ так □ ні |
| тканини опорно-рухового апарату | □ так □ ні |
| судини та клапани серця | □ так □ ні |
| очне яблуко або його складові | □ так □ ні |
| шкіра | □ так □ ні |
| матка | □ так □ ні |
| гортань | □ так □ ні |
| трахея | □ так □ ні |
| верхні кінцівки | □ так □ ні |
| нижні кінцівки | □ так □ ні |
| обличчя | □ так □ ні |

Якщо пожертвувані анатомічні матеріали виявляться непридатними для трансплантації, вони можуть бути використані для таких цілей\*\*:

|  |  |
| --- | --- |
| науково-практичної діяльності в галузі охорони здоров’я | □ так □ ні |
| виготовлення біоімплантатів | □ так □ ні |

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

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис заявника) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заяву отримав |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування посади) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ініціали (ініціал власного імені)  та прізвище) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.

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

\* Для обрання варіанта слід поставити позначку “✓” у відповідному полі.

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