

СЪГЛАСИЕ
за прилагане на неконвенционален метод за благоприятно въздействие
върху индивидуалното здраве

От _____
(трите имена по лична карта на лицето)

ЕГН | | | | | | | | | |

постоянен адрес: _____
(наименование на населено място, община, улица/кв., номер/ блок, ет. апартамент)

телефон _____, e-mail: _____

След като ми беше разяснена подробно и на достъпен език същността на неконвенционалния метод, който ще бъде приложен, очакваното положително въздействие върху здравето ми, възможните странични ефекти от него, както и че той не противоречи на добрите нрави и възприетите морално-етични норми, давам съгласие на:

(трите имена на лицето, което прилага неконвенционалния метод)

да приложи описания от него метод, който не предполага предизвикване на болка, неприятни усещания, психологически проблеми.

Съзнавам, че по всяко време мога да оттегля устно или в писмена форма даденото от мен съгласие за прилагане на описания неконвенционален метод.

Разбирам, че при желание от моя страна мога да потърся квалифицирана медицинска помощ и компетентно становище от лекар, включително по отношение на прилагания неконвенционален метод за въздействие върху моето здраве.

Дата: _____

Подпис _____