**Добровольное информированное согласие пациента на оказание медицинских услуг на платной основе в ТОО «Поликлиника Рахат»**

**Пациент:**                        \_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента – полностью)

**Дата рождения:**                          (число, месяц, год рождения)

**ИИН:**                                \_\_\_\_\_

В соответствии Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»:

**Даю свое согласие** (подчеркнуть): себе / ребенку /родственнику / подопечному на обследование, лечение в ТОО «Поликлиника Рахат»

1. Я информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка, родственника, подопечного), о необходимости обследования, лечения.

2. Я информирована, о том, что специалисты ТОО «Поликлиника Рахат»   приложат все усилия для оказания мне специализированной медицинской помощи. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с утвержденными МЗРК стандартами диагностики и лечения, а в случае их отсутствия утвержденными методическими рекомендациями. Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о преследуемых целях, болезненности и длительности, предлагаемых вариантов медицинской тактики, о наличии показаний и противопоказаний, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении.
2. Я знаю о праве отказаться от обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств.
3. Я даю добровольное согласие на проведение в ТОО «Поликлиника Рахат», в случае назначения врачом, следующих процедур и манипуляций:
* введение лекарственных средств (прием внутрь, подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания и т.д.);
* проведение амбулаторных: осмотров мне и/или моему ребенку; процедур и/или манипуляций; малых операций;
* все виды ультразвуковой диагностики;
1. Я знаю, что в моих интересах **сообщить врачу** обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.
2. Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника, подопечного):

☐Нет аллергии

☐Есть аллергия на:

                           *(указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)*

1. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима, а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям.
2. В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение тактики, плана лечения (в том числе объем вмешательства, фиксация), включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом.
3. Ни при каких обстоятельствах мне не должны выполняться следующие процедуры:

*(Укажите процедуры, если вы против их выполнения. Если нет таковых – оставить пустым)*

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

1. Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.
2. Я понимаю, что в настоящий момент ТОО «Поликлиника Рахат»  может дать точную информацию о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, мини-операцию, однако мне гарантируется, что это лицо имеет соответствующую для этого квалификацию и опыт.
3. Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения.
4. Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего обследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.
5. Любую информацию о состоянии моего (ребенка, родственника) здоровья, проводимом обследовании и лечении, его результатах **я разрешаю сообщать следующим лицам**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ф.И.О. лица, которому вы разрешаетесообщать о ходе лечения | Родство/ отношениек пациенту | Телефон |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Если пациент младше 18 лет: даю разрешение получать **дополнительные согласия** на проведение лечебных и диагностических манипуляций высокого риска при моем отсутствии у вышеуказанных лиц по вышеуказанным телефонам: **ДА / НЕТ.**
2. Даю согласие на использование фото и видеоматериалов, полученных по результатам проведения диагностических манипуляций в рекламных целях без указания моих ФИО и иных данных, указывающих на принадлежность ко мне вышеуказанных фото и видеоматериалов.
3. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.
4. Я даю согласие на обработку персональных данных.
5. Я обязуюсь не разглашать персональные данные третьих лиц, полученные мною в ходе обслуживание в ТОО «Поликлиника Рахат»
6. Информированное согласие вступает в силу со дня его подписания пациентом и действует в течении одного календарного года, независимо от количества посещений и видов приёмов.

**Оплатив настоящие услуги, Пациент соглашается и присоединяется к условиям Публичного договора, размещенного на информационных стендах.**

**Подпись:**

**Дата:**                 года

**Время:**                 ч                  мин

Если заполнил родственник / опекун / законный представитель пациента:

**Ф.И.О:**

**Степень родства:**

**Врач:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_/\_\_\_\_/201   г.  \_\_\_ч\_\_\_мин

                                  (фамилия)                                               (подпись)                       (дата)                             (время)

**«Поликлиника Рахат» ЖШС ақылы негізде медициналық қызмет көрсетуге пациенттің ерікті түрде ақпараттандырылған келісімі**

**Пациент:**                          (пациенттің аты-жөні - толық)

**Туған күні:**                          (туған күні, айы, жылы)

**ЖСН:**

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ кодексіне сәйкес:

Мен (баса назар аударыңыз): өзіме / балама / туысқаныма / қамқорлығымдағы адамыма "**Поликлиника Рахат**" ЖШС-де емделуге өз келісімімді беремін.

1. Мен өзімнің жай-күйім (баланың, туыстың, қамқорлығымдағы адамның жай-күйі), зерттеп-қарау, емделу қажеттігі туралы хабардар болдым.

2. Мен «Поликлиника Рахат» ЖШС мамандары маған мамандандырылған медициналық көмек көрсету үшін бар күшін салатыны туралы хабардармын. Диагностика және емдеу әдістері ҚР ДСМ бекіткен диагностика және емдеу стандарттарына, ал олар болмаған жағдайда бекітілген әдістемелік ұсынымдарға сәйкес орындалатын болады. Маған зерттеп-қарау мен емдеудің баламалы әдістері:

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

ұсынылған медициналық тактиканың мақсаттары, ауырлығы мен ұзақтығы, көрсетілімдері мен қарсы көрсетілімдерінің болуы, сондай-ақ менің зерттеп-қараудан және емдеуден бас тартуымның ықтимал салдары:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_туралы түсінікті түрде түсіндірілді.

3. Мен диагноз және емдеу туралы балама пікір алу үшін басқа дәрігерге/ басқа ұйымға бару құқығы туралы білемін.

4. Маған денсаулыққа қауіп төндіретіні туралы хабарлап, ұсынылған араласулардан жазбаша түрде бас тартуға қол қою кезінде зерттеп-қараудан және емдеуден бас тарту құқығы туралы білемін.

5. Мен дәрігер тағайындаған жағдайда «Поликлиника Рахат» ЖШС келесі емшаралар мен манипуляцияларды жүргізуге ерікті келісім беремін:

* дәрілік заттарды енгізу (ішке қабылдау, тері астына, бұлшықет ішіне және көктамыр ішіне егу, көктамыр ішіне енгізу және т. б.);

• амбулаторлық: мені және/немесе баламды тексеру; процедуралар және/немесе манипуляциялар; шағын операциялар;

* ультрадыбыстық диагностиканың барлық түрлері;

6. Менде (балада, туыста, қамқорлығымдағы адамда) бар және маған белгілі барлық денсаулық проблемалары, аллергия, дәрі-дәрмектерге төзбеушілік, өткен уақытта болған немесе қазіргі уақытта бар жұқпалы гепатит, туберкулез, жыныстық жолмен берілетін аурулар (оның ішінде мерез және АИТВ-инфекциясы) туралы, сондай-ақ алкогольді шектен тыс пайдалану және/немесе есірткі препараттарына тәуелділік туралы **дәрігерге хабарлау** менің мүддемде екенін білемін.

7. Менде (балада, туыста, қамқорлығымдағы адамда):

☐ аллергия жоқ екенін

☐ аллергия барын:

*(қандай дәрі-дәрмектерге, өнімдерге аллергия бар екенін көрсетіңіз)* хабарлаймын.

8. Мен дәрігердің ұсыныстарын бұзу, режимді сақтамау, сондай-ақ денсаулық жағдайы туралы ақпаратты жасыру жергілікті және жалпы асқынуларға және басқа да жағымсыз салдарға әкелуі мүмкін екенін түсінемін.

9. Зерттеп-қарау және емдеу кезінде менің денсаулығыма қауіп төндіретін күтпеген асқынулар мен жағдайлар туындаған жағдайда, кейіннен бұл туралы маған хабарлай отырып, оны орындаудан бас тартуды қоса алғанда, емдеу тактикасын, жоспарын (оның ішінде араласу көлемін, бекіту) өзгертуге, келісім беремін.

10. Ешқандай жағдайда маған мынадай емшаралар орындалмауы тиіс:

*(Егер сіз оларды орындауға қарсы болсаңыз, емшараларды көрсетіңіз. Егер жоқ болса-бос қалдырыңыз)*

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

11. Мен медициналық қызметкерлер менің емделуім үшін барлық қажетті шараларды қабылдайтынын түсінемін, бірақ емдеу нәтижелеріне қатысты ешқандай кепілдік немесе уәде беріле алмайды.

12. Мен қазіргі уақытта «Поликлиника Рахат» ЖШС зерттеуді, манипуляцияны, шағын операцияны кім жасайтыны туралы нақты ақпарат бере алмайтындығын түсінемін, бірақ маған бұл адамның тиісті біліктілігі мен тәжірибесі бар екеніне кепілдік беріледі.

13. Мен денсаулық сақтаудың электрондық ақпараттық ресурстарын қалыптастыру және пайдалану мақсатында пациент туралы дербестендірілген сипаттағы мәліметтерді ұсынуға ерікті түрде келісім беремін.

14. Мен мені қызықтыратын барлық сұрақтарды қойдым деп, дәрігерден алынған барлық жауаптары мен түсіндірмелерін мен түсіндім деп, алдағы зерттеп-қараудың, манипуляцияның, операцияның (оның ішінде өлімнің) ықтимал қаупін түсіндім деп мәлімдеймін.

15. Менің (баламның, туысқанымның) денсаулығымның жай-күйі, жүргізілетін тексеру және емдеу, оның нәтижелері туралы кез келген ақпаратты **келесі тұлғаларға хабарлауға рұқсат етемін**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Емдеу барысы туралы хабарлауға рұқсат беретін адамның аты-жөні | Туыстығы/пациентке қатыстылығы | Телефон |
|  |  |  |
|  |  |  |

16. Егер пациент 18 жасқа толмаған болса: жоғарыда көрсетілген адамдарда жоғарыда көрсетілген телефондар бойынша: **ИӘ / ЖОҚ**, менің болмағанымда жоғары қауіпті емдеу және диагностикалық манипуляцияларды жүргізуге қосымша келісім алуға рұқсат беремін.

17. Диагностикалық манипуляцияларды жүргізу нәтижелері бойынша жарнамалық мақсаттарда алынған фото және бейнематериалдарды менің аты-жөнімді және жоғарыда көрсетілген фото және бейнематериалдардың маған тиесілілегін көрсететін өзге де деректерді көрсетпей пайдалануға келісім беремін.

18. Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін.

19. Мен жеке деректерді өңдеуге келісім беремін.

20. Мен «Поликлиника Рахат» ЖШС қызмет көрсету барысында алған үшінші тұлғалардың дербес деректерін жария етпеуге міндеттенемін.

21. Ақпарат тандырылған келісім пациент қол қойған күннен бастап күшіне енеді және келу саны мен қабылдау түрлеріне қарамастан күнтізбелік бір жыл ішінде қолданылады.

**Осы қызметтерді төлегеннен кейін Пациент ақпараттық стендтерде орналастырылған Жария шарттың талаптарына келіседі және қосылады.**

**Қолы:**

**Күні:**                 жыл

**Уақыты:**                 сағ.                  мин

Егер пациенттің туысы/қамқоршысы/заңды өкілі қол қойса:

**Т.А.Ә:**

      **Туыстық дәрежесі:**

**Дәрігер:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_/\_\_\_\_/202   ж.  \_\_\_сағ.\_\_\_мин

                                  (тегі)                                               (қолы)          (күні)                             (уақыты)